REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E. J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie,

Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.

POUR TOUT CE QUI CONCERNE LA RÉDACTION

S'adresser à M. le Docteur E. J. MOURE, 2, cours de Tournon, Bordeaux.

ABONNEMENT :

France . . . . 10f | Étranger. 12f

LES ABONNEMENTS PARTENT DU 1er JANVIER DE CHAQUE ANNÉE ET NE SONT REÇUS QUE POUR UN AN

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, — Place de l'Odéon, — 8

MDCCCLXXXIIII

5e Année. N° 7. 1er Juillet 1884.



REVUE MENSUELLE DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

Epithélioma primitif du larynx. — Thyrotomie; récidive. — Mort;

par le Dr E. J. Moure (1)

Depuis quelques années la chirurgie a fait de tels progrès, que les opérations les plus invraisemblables sont presque devenues courantes, aujourd'hui l'ovaroitomie, la splénotomie, etc., sont devenues monnaie courante et les succès obtenus jusqu'à ce jour sont, il est vrai, des plus encourageants.

C'est aussi depuis ces dernières années que certains chirurgiens ont eu l'idée de pratiquer une opération qui semblait devoir fatalement entrainer la mort, je veux parler de l'extirpation du larynx.— Malgré les difficultés opératoires, malgré les nombreux dangers qui accompagnent toujours un traumatisme de ce genre, plu-

(1) Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 10 avril 1884.

sieurs chirurgiens ont pensé de sauver leur malade en pratiquant une opération qui reste encore une des plus dangereuse de la chirurgie moderne, et à laquelle l'expérience n'a pas, jusqu'à ce jour, donné une sanction définitive. C'est pour arrêter un peu l'engouement qui semblait s'emparer des chirurgiens, que le Dr Solis Cohen publiait récemment une intéressante brochure, dans laquelle il envisageait la question sous un point de vue réellement pratique, à savoir si l'extirpation du larynx tendait à prolonger la vie du malade? (1) « Que l'on puisse extirper le larynx sans occasionner la mort, disait cet auteur, le fait est certain, mais que l'opération prolonge davantage la vie du malade qu'un traitement palliatif n'est pas aussi évident. En effet, sur 65 cas d'extirpations complètes du larynx (comprenant les statistiques de Mackensie, Foulis, Bruns et Burow), quatre malades furent opérés pour des tumeurs bénignes, et deux succombèrent au bout de quelques jours, les deux autres ont été opérés il n'y a pas longtemps encore. Sur cinq cas d'extirpation pour des sarcomes, le résultat fut exceptionnel deux fois (cas de Bottini, de Turin et de Caselli, de Reggio-Emilia).

Sur cinquante-six malades opérés pour des carcinomes plus de 30 0/0 périrent dans les huit jours qui suivirent l'opération et 62 1/2 0/0, six mois après. Ainsi, on le voit, les résultats obtenus jusqu'à ce jour sont loin d'être des plus brillants et pour quelques rares malades sauvés, au prix de quel sacrifice ; la mortalité est encore trop considérable pour encourager les chirurgiens dans une voie qui paraît si périlleuse. Je sais bien que la plupart des malades ont été opérés dans des conditions extrêmement défavorables, que dans la plupart des cas il s'agissait, non d'une affection primitive du larynx localisé à cet organe, mais bien de néoplasmes ayant envahis généralement les parties extra-laryngiennes, voire même la base de la langue ; et par conséquent l'opération nécessitait alors de vastes délabrements qui faisaient courir aux malades des risques considérables.

(1) *Does Excision of the larynx tend to the prolongation of life* (Trans. of college of phys. Séance du 4 Avril 1883, Philadelphie.

Mais étant donné la situation du larynx, ses rapports avec des organes importants, il n'en est pas moins vrai que, même dans des cas bien nets et bien limités, l'opération est et sera toujours extrêmement périlleuse, et si le faits, encore trop peu nombreux, ne permettent pas de condamner d'une manière définitive une opération aussi grave, ils doivent au moins faire réfléchir le chirurgien et le pousser à n'opérer que pour les cas ou l'affection est encore assez limitée, et la cachexie assez peu avancée pour qu'il puisse agir avec quelques chances de succès.

Si l'extirpation du larynx ne me paraît pas encore devoir entrer dans le domaine de la chirurgie, l'on peut se demander si la thyrotomie, opération bien plus facile à pratiquer et moins dangereuse, ne pourrait pas lorsqu'il s'agit de tumeurs nettement intra-laryngiennes, offrir des avantages plus marqués.

Je dois avouer que, pour ma part et après essai, je suis de ceux qui repoussent l'opération comme inutile, étant donné la facilité avec laquelle repullulent les néoplasmes malins de la muqueuse du larynx, même après avoir pris les plus grandes précautions pour se mettre à l'abri des récidives.

La thyrotomie, dans les cas de cancer du larynx, me paraît être un supplice de plus pour le malade et un triste spectacle donné à la famille, qui assiste à une agonie encore plus terrible et plus repoussante que celle des cancéreux morts dans le marasme, sans cette plaie béante par laquelle vient faire issue le néoplasme bourgeonnant.

C'est après avoir assisté à cette scène que je me permet de venir vous en retracer le tableau écœurant et vous faire part de mon expérience, malgré le peu de succès d'une opération tentée dans le but de sauver la malade. C'est aussi parce que la science se fait peut-être mieux par l'exposé des insuccès, qu'en signalant les faits heureux que je me permet de vous rapporter l'observation suivante, qui me paraît porter en elle un enseignement précieux dont, pour ma part, je saurai profiter :

OBSERVATION

Le 19 février 1881, M[lle] X..., âgée de 34 ans, m'est adressée par un confrère de la ville de Bordeaux, pour une aphonie et une gène prononcée de la respiration.

La malade est enrouée depuis déjà plusieurs années et a déjà suivi à Cauterets un traitement thermal qui n'a apporté aucun changement à son état.

Antécédents héréditaires : nuls.

Au moment ou elle vient chez moi, elle me raconte que depuis déjà plusieurs mois, et malgré divers traitements régulièrement suivis, elle a peu à peu perdu la voix, depuis plusieurs jours même, ajoute-t-elle, la respiration est moins libre, elle est essouflée quand elle marche.

L'état général n'est pas excellent, la malade a maigri, elle tousse et a l'aspect assez chétif; néanmoins les fonctions digestives s'accomplissent d'une manière normale.

A l'examen, le pharynx est normal, peut-être un peu décoloré.

Le laryngoscope, révèle l'existence d'une arthrite ancienne de l'articulation crico-aryténoïdienne droite, ayant déterminé une ankylose de cette jointure, ainsi qu'il est facile de s'en convaincre par l'absence de mouvements presque complets de la corde vocale de ce côté.

La bande ventriculaire de ce côté est exulcérée à sa surface, *non bourgeonnante*, la corde vocale un peu catarrhale et détendue. Du côté gauche, très mobile, on constate l'existence d'un peu d'œdème sous-glottique.

Je prescris à l'intérieur des toniques (H. f. M. arsenic, jus de viande, etc., etc.) et localement des pulvérisations phéniquées.

Le 26 février, c'est-à-dire 7 jours après, la dyspnée a augmenté au point que la malade ne peut se rendre chez moi. Elle a un peu de cornage aux deux temps de la respiration, et l'examen révèle un peu de gonflement œdémateux un peu plus prononcé au niveau de la muqueuse trachéale.

Antiphlogistiques qui diminuent la dyspnée et permettent à la malade de faire un peu de mouvement dans la chambre.

2 avril. — Je suis de nouveau appelé auprès de la malade par son médecin pour pratiquer l'examen laryngoscopique et,

à cette époque, au lieu d'une simple exulcération siégeant sur la bande ventriculaire droite, je constate l'existence de petits mamelons rougeâtres, qui offrent un aspect fongueux, muriforme, sans cependant faire une saillie bien considérable au-dessus de la muqueuse qui est tuméfiée et assez rouge dans les points environnants.

Les jours suivants, la gêne respiratoire faits des progrès, la malade est prise d'accès de suffocations qui menacent son existence et l'on doit songer à une intervention plus active.

Le 11 avril, nous pratiquons la trachéotomie avec mon confrère, le Dr Dudon, opération qui n'offre rien de particulier à signaler; cependant, dans la soirée, la malade est prise d'une légère hémorrhagie qui s'arrête facilement; la respiration par la canule se fait d'une manière normale.

Le 16 avril, l'examen laryngoscopique me permet de constater que la bande ventriculaire droite est recouverte d'une tumeur framboisée, ayant environ le volume d'une cerise et soulevant déjà l'opercule glottique.

Le 28 avril, le néoplasme obstrue presque complètement l'orifice du larynx et je fais un attouchement avec de l'acide acétique, que je continue régulièrement pendant plusieurs jours, sans constater la moindre amélioration.

Le 21 mai, la malade se plaint, *pour la première fois*, de lancements douloureux à la nuque, dans les oreilles, et vers la région temporo-maxiliaire; la diglutition est un peu gênée et douloureuse par moment. — Pas d'engorgement ganglionnaire.

A partir de cette époque la malade, très intelligente, devient morose, impatiente, insistant pour obtenir une guérison plus rapide, en un mot, le chagrin et la peur s'emparent d'elle, et la famille insiste auprès de nous pour demander une intervention plus active et plus radicale.

C'est alors que nous proposons de pratiquer la thyrotomie et l'extirpation complète du néoplasme par l'ouverture thyroïdienne, opération qui est acceptée et pratiquée le 21 juin par mon savant confrère le Dr Dudon.

Après avoir introduit dans la trachée la canule tampon de Tredelenburg, la thyroïde fut sectionnée sur la ligne médiane et l'incision réunie avec l'ouverture faite à la trachée lors de la première opération (trachéotomie); une fois le cartilage sectionné, ce qui fut fait facilement, nous écartâmes les deux

ailes pour mettre à découvert la cavité du larynx, qui se trouvait complètement remplie par le néoplasme qui avait atteint le volume d'un bel œuf de pigeon; au-dessous de cette tumeur et sur les parois de la trachée, elle-même, jusqu'au point ou se trouvait la canule existaient également des tumeurs fongueuses, dont nous ne soupçonnions point l'existence, qui remplissaient la cavité de ce conduit.

Tous ces néoplasmes furent enlevés avec le plus grand soin et après avoir raclé et le larynx et les parois de la trachée, les points d'implantation furent cautérisés avec le thermo-cautère.

L'opération terminée, la plaie fut refermée par le simple rapprochement des ailes du thyroïde, mais sans aucun point de suture et l'on appliqua un pansement de Lister. La canule tampon fut laissée à demeure pendant 24 heures.

Les suites de l'opération furent des plus naturelles, la malade put dès le lendemain avaler sans difficulté et la plaie sembla, *dès le début*, marcher vers une cicatrisation assez rapide.

Le 4 juillet, vu la difficulté et la douleur qu'occasionnait à la malade, l'inspection de la cavité laryngienne par l'orifice de la plaie, je pratiquais l'examen laryngoscopique et quel ne fut pas mon étonnement de constater l'existence d'une tumeur presque aussi volumineuse que celle enlevée 12 jours auparavant, occupant le même point de l'organe, c'est-à-dire la surface de la bande ventriculaire droite. La tumeur avait donc récidivé sur place.

Il ne fallait point songer à une nouvelle intervention chirurgicale, la malade étant opposée à toute médication active. — De nouveau j'essayais, mais sans succès, les attouchements caustiques de la tumeur.

La famille, désireuse de tout tenter, même l'impossible, pour sauver la malade, me harcelait chaque jour pour agir d'une manière plus active au point que je proposais alors l'extirpation du larynx, non sans avoir fait part de tous les dangers de l'opération et de la possibilité d'une récidive de la tumeur sur la plaie elle même; l'opération fut repoussée.

C'est peu de temps après que commença cette triste scène dont je parlais au début de ma communication, et au spectacle d'une malade se mourant d'inanition et dans le marasme vint s'ajouter celui d'une plaie hideuse, occupant toute

la partie antérieure du cou, à travers laquelle venaient faire issue quelques bourgeons charnus que les cautérisations parvenaient à peine à maîtriser, et une suppuration fétide et abondante qui exigeait des pansements quotidiens et des soins continuels, pour éviter que la malade ne s'empoisonnât elle-même.

C'est après dix mois et demi d'une existence misérable que la malade succomba (le 18 mai 1882) des suites de sa terrible affection.

Réflexions. — En dehors de quelques considérations dont j'ai fait précéder cette observation, je me permettrai de relever un fait qui peut avoir son utilité pratique et que d'autres auteurs ont, du reste, signalé avant moi, à savoir que dans le cas de cancer du larynx, alors que le chirurgien est obligé d'intervenir pour permettre au malade de respirer, en créant une ouverture artificielle dans la trachée, on doit *toujours* ouvrir ce conduit le plus bas possible, afin d'éviter la tumeur et les accidents qui seraient la conséquence de l'introduction de la canule dans l'épaisseur du néoplasme, c'est dire que *dans tous les cas de ce genre* il faudra rejeter la laryngotomie intercrico-thyroïdienne, pour pratiquer la trachéotomie inférieure.

Cette manière d'agir aura, en outre, l'avantage d'éviter plus facilement la pullulation du néoplasme dans l'ouverture de la canule et l'asphyxie qui en est la conséquence fatale. — Enfin, une dernière précaution qui mérite d'être signalée, surtout lorsqu'on a affaire à certaines femmes dont le corps thyroïde est assez développé, c'est le choix d'une canule *assez longue* qui pénètre facilement et descende de plusieurs centimètres dans la lumière du conduit trachéal.

Permettez-moi de faire remarquer, en terminant, que l'observation que je viens d'avoir l'honneur de vous communiquer, est un cas remarquable et bien net d'épithélioma du larynx primitif et localisé à cet organe ; je dis épithélioma, car l'examen microscopique de la tumeur à révélé sa nature épithéliale.

Paralysie du voile du palais consécutive à la diphtérie; diplégie faciale; déformation de la bouche en museau.

Par le Dr L. Bayer, de Bruxelles (1).

Que la diphtérie entraîne à sa suite des paralysies, c'est un fait connu depuis longtemps. Les rapports de ces paralysies avec la diphtérie ont été décrits déjà au siècle passé, par Chisi 1748, Chomel 1748, et Samuel Bard 1771. Ces auteurs ont parfaitement expliqué cette connexion, aussi est-il étonnant, qu'on ait continué, malgré ces publications à mal interpréter ces symptômes en les attribuant à un état morbide de simple faiblesse ou en les regardant comme le résultat d'une maladie grave, et comme analogues aux paralysies consécutives au typhus, au choléra etc,

Bretonneau est de nouveau le premier, qui à la suite de l'épidémie de Tours, 1843, signalait la fréquence des paralysies du voile du palais à la suite de la diphtérie, jusqu'à ce que Trousseau fit entrer définitivement cette lésion dans le cadre nosologique. Aussi personne ne conteste plus cette vérité, sans que la cause intime de ce processus pathologique soit toutefois plus claire pour cela.

Trousseau et Lasègue prirent d'abord la paralysie du voile du palais pour une suite de l'inflammation locale. Plus tard Trousseau l'attribua à l'influence du virus diphtéritique sur tout le système nerveux.

H. Weber invoque une altération nerveuse centripète, échappant à nos moyens actuels d'investigation, et ayant son analogie dans le processus pathologique qui se présente dans le tétanos traumatique, appelé par Senator « neuritis migrans ». Krafft-Ebing se prononce également pour une cause périphérique. Tout en admettant que dans certains cas la paralysie pourrait se propager de la partie affectée vers le centre, Jacobi soutient qu'il y a des cas, où la nature centrale de l'affection est incontestable.

Bùhl a trouvé des hémorrhagies dans la substance corticale et médullaire du cerveau, dans les ganglions spinaux et dans la substance grise de l'épine dorsale.

(1) Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 11 avril 1884.

Le fait que les nerfs paralysés ne sont pas limités par le siége de la maladie, prouve à Jacobi, que la circulation du sang sert à la distribution du virus dans l'organisme.

Contrairement à Oertel et à Seitz, Weber et Jacobi nient que le point de départ constant de la paralysie diphtéritique se trouve dans le voile du palais, et que les localisations paralytiques suivent un ordre déterminé; au contraire, le signe caractéristique de la paralysie diphtéritique, serait d'être irrégulière, de changer de place et de faire des sauts d'une partie du corps à une autre.

La meilleure preuve que la paralysie ne dépend pas absolument du siége local de l'affection, est fournie par les observations de Philippeaux, Trousseau, H. Weber et autres, où le voile du palais et le pharynx furent paralysés, tandis que le processus local se trouvait sur une tout autre partie du corps.

Depuis l'observation de « l'épidémie de paralysie diphtéritique sans affection pharyngée » de Boissarie, je crois, il n'y a plus à revenir sur cette question. Boissarie a constaté dans cette épidémie, des paralysies d'apparition subite non précédées d'angine et ni de fausses membranes; les malades succombèrent souvent en quelques heures ou en quelques jours; dans d'autres cas la paralysie resta le premier symptôme, mais fut suivi d'angine diphtéritique; un troisième ordre fut représenté par des affections diphtéritiques à marche régulière qui ne furent ni suivies ni précédées par des paralysies.

Après tout cela nous pouvons, dans la plupart des cas, regarder comme cause de ces paralysies une altération nutritive de l'appareil nerveux par le virus diphtéritique, d'autant plus, que bon nombre de paralysies disparaissent relativement en peu de temps, ce qui n'est certainement pas le cas, quand la paralysie est produite par un processus pathologique altérant l'appareil central. Heureusement ces cas ce rencontrent moins souvent. Je communiquerai tout à l'heure une observation de ce genre.

Quant au siége de la paralysie diphtéritique, elle a certainement ses prédilections et elle suit le processus local de la maladie. Comme celle-ci s'établit générale-

ment sur le voile du palais et dans le pharynx, celle-là envahit de préférence ces mêmes endroits.

Je n'insisterais pas longuement sur les symptômes, qu'elle occasionne; tout le monde les connait : nasillement, difficulté d'articuler, qui rend la parole incompréhensible, dysphagie, régurgitation des liquides par les narines, impossibilité de sucer, de se gargariser et de gonfler les joues; amas de mucosités dans la cavité naso-pharyngienne à cause de l'impossibilité de les expectorer, les constricteurs étant paralysés, comme je l'ai démontré, et comme j'ai rencontré dans ces derniers temps, un cas typique. Plus grave devient la situation, quand le larynx est pris et la muqueuse laryngée se trouve dans un état d'anethésie, c'est alors, que des corps étrangers peuvent s'introduire dans le larynx et la trachée (cas de Vögel), pendant l'inspiration et causer la mort subite (cas décrits par Tardieu, Rocher, Peter, Mosler, Adler), ou une pneumonie par ingesta.

Comme fréquence la parésie d'accomodation (Donders), suit de très près la précédente. Cette dernière est généralement bilatérale et causée par la paralysie du muscle interne de l'œil.

Ensuite viennent les extrémités, et ce sont les extrémités inférieures, qui ont la préférence.

Plus rares sont les paralysies laryngées, qui se présentent comme sympôme propre, ou consécutivement à la paralysie pharyngée. Aussi l'anesthésie du larynx, comme nous avons déjà mentionné, peut se produire par la paralysie du laryngé supérieur.

Si la paralysie est progressive, les muscles du cou, du thorax, et le diaphragme se prennent successivement, et il en résulte une ataxie diphtéritique avec ses funestes conséquences. Wiederpofer a publié deux observations, où la mort fut occasionnée par la paralysie des muscles respiratoires.

Avant de quitter la symptomatologie des paralysies diphtéritiques, je veux encore insister un instant sur la plus terrible de toutes, la paralysie du cœur. Je ne parle pas de cette affection du muscle du cœur, apparaissant après la diphtérie, telle que la dégénérescence graisseuse (Ranvier, Mosler) ou la myocardite (Leyden), mais bien

de cette paralysie du pneumogastrique, où les malades sont frappés comme foudroyés en pleine vie. Wiederhofer a vu un cas pareil.

Je crois pouvoir communiquer maintenant un cas intéressant sous plusieurs rapports, tant par la déformation produite que par la rareté de la paralysie, vu que la diplégie faciale après la diphtérie n'est pas un fait commun. Malheureusement je n'ai vu la malade qu'une seule fois et avec cela elle se prêtait très peu à un examen sérieux; elle refusait par exemple l'emploi de l'éléctrécité, comme inutile, etc. Voici ce que j'ai pu obtenir :

OBSERVATION

Madame N. de L... âgée de trente-neuf ans se présente le 15 mars de l'année courante à ma consultation ; il y a 19 ans elle avait eu la diphtérie, auparavant elle était parfaitement bien portante.

La diphtérie fut suivie de paralysie du voile du palais et des muscles de la face, persistant jusqu'à aujourd'hui malgré tous les traitements possibles.

Quand on regarde la malade, on a de la peine à deviner approximativement son âge. Sa figure est tout simplement hideuse. Les traits sont entièrement effacés, pas d'expression, pas de ligne indiquant la moindre vie, un véritable masque immobile et cadavérique, toujours le même pour les émotions comme pour le calme le plus complet. Les joues sont pendantes, empâtées; la lèvre supérieure proéminante laisse entrevoir l'arcade supérieure des dents; la lèvre inférieure sort également en avant, épaisse, et s'abaisse quelquefois tellement, que la malade est forcée de la relever avec la main. Tout l'ensemble produit un aspect, que je ne puis mieux comparer qu'à un museau.

Les paupières ne se ferment qu'incomplètement, les paupières inférieures étant paralysées. — Le voile du palais et la luette sont complètement paralysés, et ne font pas le moindre mouvement.

La mastication et la déglutition se font bien. La malade n'accuse pas de régurgitation par les narines. Le goût est bon ; l'ouïe et l'odorat intacts. — Il eut été évidemment de la plus grande importance d'examiner la sensibilité électro-

musculaire, les réactions musculaires et réflexes, pour pouvoir poser un diagnostic exact. Il faut donc nous contenter d'un diagnostic approximatif. La persistance de la paralysie, l'atteinte incomplète du nerf facial, dont les rameaux supérieurs étaient plus ou moins libres, la participation d'autres nerfs de la base du crâne, nous révèlent une affection centrale, probablement une lésion anatomique siégeant au niveau des noyaux du nerf facial. Cette supposition gagne encore en probabilité, si le mari de la malade dit juste, qu'elle dort les yeux fermés, tandis qu'elle ne peut pas fermer tout-à-fait les yeux volontairement, ce qui prouverait que l'action réflexe est intacte, et, dans ce cas on pourrait exclure avec certitude une affection cérébrale.

Corps étranger de l'oreille;

par le Dr Noquet (de Lille) (1).

Les corps étrangers de l'oreille offrent souvent de l'imprévu. Souvent aussi nous ne sommes appelés à intervenir, dans ces cas, que quand plusieurs tentatives d'extraction ont rendu la situation plus difficile. C'est pourquoi, je vous demande la permission de vous présenter un de ces corps que j'ai eu l'occasion d'extraire l'année dernière.

Il provient de l'oreille gauche d'un enfant de 7 ans, dans laquelle il a séjourné six jours. C'est un morceau de cuivre, long de 8 millimètres et large de 4, formé par la réunion d'une petite sphère et d'un tronc de cône, et présentant, au niveau de cette jonction, un étranglement bien marqué.

Cet enfant me fut amené par un confrère des environs de Lille, qui avait fait, pour enlever le corps étranger, de nombreuses tentatives. Il avait pratiqué, tout d'abord, plusieurs irrigations avec un irrigateur Eguisier, puis s'était servi d'une pince, sans, toutefois, s'éclairer avec un réflecteur. Toutes ces manœuvres étaient restées infructueuses. La pince avait plusieurs fois saisi le corps étranger, mais il avait toujours glissé au moment décisif. Mon confrère n'était pas bien fixé sur la nature de ce

(1) Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 10 avril 1884.

corps qu'il avait, cependant, aperçu le premier jour. Il croyait avoir affaire à un anneau de bottines à lacer, sans en être absolument certain.

Quand j'examinai l'enfant, son conduit auditif gauche était rempli de pus mélangé de sang et le corps étranger, par conséquent, invisible. Le petit patient n'éprouvait aucune douleur; toutefois, les nombreuses tentatives d'extration qu'il avait subies lui avaient laissé un très mauvais souvenir et l'avaient rendu défiant.

Dans le but de nettoyer le conduit et aussi avec l'espoir de déplacer le corps étranger, je m'armai d'une seringue à anneaux volumineux et fis coup sur coup quinze injections, en déployant le plus de force possible. Le résultat fut négatif et, comme l'enfant qui commençait à se fatiguer devenait de plus en plus difficile à maintenir, je revins à l'examen du conduit auditif. J'aperçus alors, tout au fond de ce conduit, notablement rétréci par le gonflement de ses parois, rouges et saignantes, une surface circulaire ayant l'aspect du cuivre, mesurant trois ou quatre millimètres de diamètre et entourée d'une substance blanchâtre que je pris pour du pus concret.

J'aurais pu, à ce moment, avoir recours au moyen qui consiste à faire coucher le patient sur une table, la tête dépassant la table et placée, de telle façon, que l'oreille renfermant le corps étranger soit tourné vers le sol. Il arrive, quelquefois, dans cette position, que de petites secousses, imprimées à la tête de haut en bas, amènent le résultat cherché.

Mais avant d'essayer ce moyen, je pensai qu'il serait bon de pratiquer dans le conduit auditif, quelques instillations de glycérine bicarbonatée, destinée à désagréger le pus concret dont j'ai parlé, et aussi à faciliter le glissement du *corpus delicti*.

Quant aux manœuvres extractives proprement dites, j'étais bien décidé à m'en abstenir pour le moment. J'étais persuadé que l'enfant difficile à maintenir, remuerait beaucoup et que, par conséquent, les pinces ou un instrument quelconque ne réussiraient qu'à enfoncer davantage le corps étranger. Le chloroforme, seul, pouvait nous donner l'immobilité nécessaire. Dans tous les

cas, je ne voulais l'employer, qu'après avoir essayé le décubitus latéral.

Il fut donc convenu que l'on ferait, dans la journée, trois instillation de glycérine bi-carbonatée, et que nous reverrions, le petit patient, le lendemain matin. Je recommandai, en outre, de le coucher le soir sur le côté gauche.

Le lendemain, comme la veille, le conduit était rempli de pus. Il fallait faire un nettoyage complet. Je repris, à nouveau, la seringue et me mis, par acquit de conscience, à injecter de toute mes forces. A la quatrième injection, le corps étranger tombait dans le bassin. Je ne m'attendais pas, je l'avoue, à cet heureux résultat. Les tentatives de la veille m'avaient, en effet, porté à croire que seule l'extraction directe pourrait mener au but.

La membrane, ainsi que je pus m'en assurer après la disparition du corps étranger, présentait, dans son quart postéro-inférieur, une perforation capable de recevoir la petite sphère de cuivre, et j'ai tout lieu de croire que cette sphère y était engagée complètement.

C'est la base du tronc du cône que j'avais aperçue la veille et, sans doute, le corps du délit se trouvait étranglé par la boutonnière tympanale. Cette hypothèse est d'autant plus plausible que les injections n'ont réussi que très-difficiblement. Or, un corps étranger, comme celui que j'ai l'honneur de vous présenter, doit, s'il n'est pas fixé, être chassé rapidement par des injections vigoureuses. J'ai bien des fois, déjà, eu l'occasion de m'assurer de la vérité de cette assertion, en agissant, de cette facon, sur les perles en verre, des noyaux de cerise, des bouts de crayon en ivoire, des petites pierres, des boulettes de papier, des petits fragments de plâtres, des gousses d'ail, etc., etc. — La méthode des injections est, du reste, déjà bien ancienne puisque Celse, s'en servait, et les seringues à anneaux, actuelles, me paraissent suffisamment puissantes pour qu'il ne soit pas indispensable d'avoir recours à la pompe à compression qu'ont préconisée certains auteurs.

J'ai lieu de croire que, dans le cas spécial, les instillations de glycérine ont eu, pour effet, de débarrasser le

corps étranger du pus concret qui l'englobait et qu'elles ont, par suite, permis aux injections d'être plus efficaces.

Je conclurai en posant les règles de conduite suivantes :

Dans tous les cas de corps étranger de l'oreille, il faut faire des injections vigoureuses, insister et revenir à la charge le lendemain, si c'est nécessaire.

En général, quand le corps est dans le conduit, il est facilement chassé. S'il est enserré par le tympan ou s'il a pénétré dans la caisse, les injections ne réussiront pas toujours. Mais ce n'est qu'après plusieurs tentatives infructueuses, précédées d'instillations de glycérine bi-carbonatée, qu'il faudra songer à l'extraction avec des pinces spéciales ou d'autres instruments, parmi lesquels il convient de citer le crochet de Baratoux. On aura soin de chloroformiser le patient; car, dans ces cas, l'immobilité absolue est de rigueur. Il est bien entendu, aussi, qu'il faut, de toute nécessité, s'éclairer avec un miroir frontal.

Ai-je besoin de le dire, les manœuvres, pratiquées en aveugle, sont des plus dangereuses; c'est le plus souvent ainsi, pour ne pas dire toujours, qu'un corps, situé primitivement dans le conduit, et, par conséquent ordinairement inoffensif, passe dans la caisse, où il peut faire naître des complications sérieuses. Mieux vaudrait, dans ces cas, l'abstention absolue qu'un zèle intempestif.

Nous avons tous pu, en effet, rencontrer des corps étrangers ayant séjourné, plusieurs années dans le conduit auditif, sans amener d'autres complications qu'une diminution de l'acuité auditive, due surtout au cérumen qui, peu à peu, s'accumule autour d'eux. Les états convulsifs dans le domaine du pneumo-gastrique, les nécroses étendues, l'épilepsie, dont parle de Trœltsch (1), les symptômes d'hyperhémie cérébrale chronique signalés, dans un cas, par Pasquier d'Evreux (2), n'ont été, en somme, que très rarement constatés.

(1) Von Trœltsch. — *Les maladies de l'oreille chez l'enfant.* — Traduction fr. par le Dr Charles Delstanche. — Bruxelles, 1882, p. 213.

(2) Pasquier, d'Evreux. — *Bulletin médical du Nord.* — Juillet 1882.

De la Périostite aigüe de la région mastoïdienne;

par le Dr Ménière (1)

Lors du congrès médical d'Amsterdam en 1879, j'ai donné à la section d'otologie un travail sur la Périostite aigüe de la région mastoïdienne, consécutive à des inflammations du conduit auditif externe, sans lésions de la caisse, et sans perforation du tympan.

Cette forme de périostite n'avait pas été signalée, je le crois, et sur les 9 observations que je possédais à cette époque, j'en donnai trois des plus intéressantes.

Depuis, j'ai eu l'occasion d'observer six nouveaux cas très nets et caractéristiques.

Je demanderai à mes collègues la permission de rappeler en quelques mots, les points principaux, en les priant de me dire s'ils ont eu l'occasion de rencontrer des cas semblables dans leur pratique.

Dans ces cas les inflammations du conduit auditif externe ont leur summum à la partie postérieure. La suppuration s'établit, et au bout de quelques jours on voit survenir un gonflement de la région mastoïdienne avec rougeur et empâtement.

Au début, le médecin serait porté à croire qu'il s'agit d'une inflammation des cellules mastoïdiennes.

Il est facile de s'expliquer comment se fait la propagation de la phlegmasie jusqu'au périoste.

Les douleurs sont très vives, avec exacerbations fréquentes. Les symptômes s'accentuent, et il n'est pas rare de voir les régions voisines envahies.

Au point de vue du traitement il est bon, au début de tenter une médication antiphlogistique énergique, malgré le peu de succès qu'elle donne.

Dès que son impuissance est manifeste, il faut agir promptement et faire avec un fort bistouri, une incision de 5 à 7 centimètres en remontant depuis la pointe de l'apophyse.

Il est important que le périoste soit incisé jusqu'à l'os c'est un débridement complet, et je l'ai toujours vu réussir.

(1). Note lue à la Société Française d'Otologie et de Laryngologie. — Séance du 10 avril 1884.

La méthode antiphlogistique permet d'obtenir la guérison assez rapidement.

Je suis convaincu que, dans beaucoup de cas on aurait pu éviter cette complication assez sérieuse des otites en soignant très attentivement la première affection, cause de tous les désordres qui surviennent.

Affection labyrinthique double, survenue 15 minutes après un séjour de 30 heures dans une cloche à plongeur.

Par le Dr S. Moos (Heidelberg) (1).

Magnus (*Monatssch. fur ohrenhteil.* B. I, p. 269), dans ses observations sur l'action de l'air comprimé sur l'appareil auditif, a montré les effets sensibles de cet air comprimé sur cet appareil, — il a fait voir que la pression de l'air est la cause des douleurs; douleurs variables suivant les individus — et que le tympan est repoussé en dedans. — Magnus n'a pas observé de lésion plus grave, mais François signale des hémorrhagies de l'oreille. Dans les observations de Magnus, il existait à une profondeur de 30/45 pieds une pression de 2 à 2 1/2 atmosph.

Observation I

Mon observation porte sur un jeune homme de 26 ans, qui est resté 30 heures (avec de courts intervalles de repos) à travailler sous une pression de 9 mètres d'eau et qui en est sorti subitement, s'est rendu dans une auberge, y a bu et mangé.

Environ un quart d'heure après sa sortie (23 septembre 1882), il se trouvait mal avec des vertiges — plus tard vomissements. — Le même jour le malade fut mis en traitement par le Dr Rembe, de Ludwigshafer dont voici le rapport :

Commencement du traitment 23 septembre. — Le patient se plaint de vertiges qui rendent la marche impossible. — Dureté de l'ouïe et bourdonnements. — Il rapporte son état à un travail trop prolongé sous une pression forte. — On constate à gauche une surdité presque absolue et à droite un affaiblissement très marqué de la perception auditive. Les tympans étaient un peu retirés en dedans sans perforation, ni

1 Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 11 avril 1884.

hémorrhagie, station debout impossible. Dans le decubitus le vertige cesse, mais les bourdonnements empêchent le sommeil.

Traitement : Repos, régime, régularisation des selles et bromure de potassium.

Pour assurer le diagnostic, on administre quelques douches d'air qui chaque fois augmentaient le vertige sans amener d'amélioration du côté de l'ouïe. La semaine suivante, iodure de potassium alternant avec sirop d'iodure de fer et badigeon de teinture d'iode. Ce traitement fut continué jusqu'à la fin ».

État présent 15 mars 1873. — Aspect maladif, pâle, marche encore difficile, vertige, bourdonnement et sensibilité de la tête.

Tympan normal à droite — à gauche petit point atrophié (cicatrice?) en avant du manche du marteau. A la montre, surdité — diapason *C*, est senti, mais non entendu, amène des douleurs de tête — *C'* ni senti, ni entendu ; O idem.

Le diapason n'est pas entendu par transmission aérienne — La parole est entendu à la droite quand on crie directement ; à gauche nul.

Diagnostic vraisemblabe : Hémorrhagie labyrinthique double.

Ordonnance : Cure au chlorure de sodium, quatre semaines à Duokhein.

5 juin. — Le malade n'a pu suivre le traitement faute de ressources. — Il entend mieux la parole à droite ; à gauche perception nulle, Diapason *C* donne encore une sensation désagréable et un peu douloureuse — *C'*.

A' placé sur les dents, provoque une sensation de *tact* (?).

Ordonnance : 30 bains d'une demie heure d'eau salée et Kreuznack à 27° *R.*

27 juillet. — La parole est mieux perçue à droite — à gauche nul — marche mieux. Réflexe rotulien normal des deux côtés. — Le patient se plaint encore de bourdonnements. — Iodure de fer 5 grammes pour 100 pil.

7 août. — Amélioration — meilleur aspect, se plaint de constipation :

Ordonnance : diminution de la dose d'iodure de fer et huile de ricin de temps en temps, — se reposera pendant 15 jours après la fin des pilules. — Exploration à droite comme avant — à gauche, tympan hyperémié, éclat exagéré.

16 octobre. — Exploration fonctionnelle donne le même résultat — constipation, pilules laxatives.

Le patient attaqua son patron en dommages-intérêts et je devais témoigner de ce que le patient, par suite de cet accident, était resté six semaines au lit en traitement, qu'il était incapable de travailler, ne pouvant se débarraser de ses vertiges, ne pouvant rester au soleil, ni dans une salle où il y avait du bruit, ne pouvait se baisser, souffrant de bourdonnements et de céphalalgie et que la raison en était que le défendeur avait laissé trop longtemps le plaignant sous une forte pression. »

L'affaire s'arrangea par conciliation.

RÉFLEXIONS. — La sortie brusque de la cloche où le patient avait travaillé 30 heures avec de courts intervalles de repos doit être regardée comme la cause des troubles qui se sont présentés du côté de l'appareil auditif : surdité presque absolue des deux côtés; bruits subjectifs; vertige qui bientôt amena une marche chancelante et l'impossibilité de la station debout sans appui. Ces phénomène sont vraisemblablement été produits par une hémorrhagie du labyrinthe. Quant à l'explication de la genèse de cette hémorrhagie, voici celle qui me paraît la plus acceptable :

Pendant le séjour prolongé dans l'air fortement comprimé, la pression du sang dans le système circulatoire a augmenté. Étant encore en puissance de cette pression sanguine, le malade abandonne la cloche et alors la différence des pressions intérieure et extérieure a amené une rupture vasculaire dans le labyrinthe. Pourquoi justement à cet endroit, c'est ce qu'on ne peut évidemment pas expliquer.

Il est certain que si l'affaire n'avait pas été arrangée, le juge m'aurait demandé si la sortie subite de la cloche n'avait pas occasionné les désordres.

Dans ces dernières années, Leyden et F. Schultze ont publié des cas d'affection de la moelle provoqués par une diminution subite de la pression de l'air.

Leyden rapporte ce qui arrivait aux ouvriers occupés à la construction des ponts de Liteing en Russie. D'après les observations du Dr Lehwess les ouvriers qui travail-

laient sous une forte pression éprouvaient différentes douleurs dont les plus fréquentes étaient des douleurs d'oreille à l'entrée et à la sortie des cloches et des douleurs articulaires après la sortie.

De plus on observa trois paraplégies dont deux guérirent en quelques semaines et l'autre mourut après quinze jours de maladie. Leyden ne trouva rien dans la moelle à l'examen macroscopique, mais à l'examen microscopique de la partie thoracique de la moëlle il constata un aspect tacheté avec des points jaune-clair ressortant sur le fond foncé. Ces points pathologiques consistaient en amas de grosses cellules qui, dans les cordons postérieurs, se trouvaient dans les interstices du tissu nerveux désagrégé. Les cellules rondes, se trouvaient dans les interstices l'une à coté de l'autre sans restes de faisceaux nerveux ou de tissu intercellulaire, sans restes de sang ni de corpuscules pigmentaires. Il y avait donc de petites déchirures de la moëlle mais rien n'indiquait qu'elles aient été produites par une inondation sanguine et Leyden admet bien plutôt que grâce à l'abaissement de pression barométrique, des gaz tels que *O* ou CO^2 se sont échappés des petits vaisseaux ou mieux encore des liquides plasmatiques et ont produit ces petites déchirures de la substance médullaire. Dans le cas de Schultze il s'agissait d'un jeune Italien de 16 ans qui en creusant une fontaine travaillait souvent 6 heures sous des pressions de 1 à 3, 2 atmosphères dans un caisson. En quittant ce caisson il se produisit une fois des douleurs dans les deux articulations tibio-tarsiennes et 20 minutes après de la paralysie des extrémités inférieures. En plus de la paralysie de la vessie et de l'intestin et une diminution de la sensibilité jusqu'à l'ombilic. Mort 10 semaines après.

L'examen macroscopique de la moelle ne fait rien voir d'anormal. Au microscope on trouve les signes de la Leucomyélite dorsale disséminée. Dans le renflement lombaire on trouve la dégénérescence typique des deux bandelettes pyramidales latérales. Dans la partie cervicale dégérescence ascendante des bandelettes de Goll et des parties moyennes périphériques des cordons latéraux. Dans les parties les plus atrophiées les éléments nerveux ont complètement disparu : à leur place on voit des cellu-

les finement granuleuses. Les vaisseaux ont des parois épaissies. Nulle part d'extravasion, de pigment sanguin ni d'hématoïdine comme dans le cas de Leyden. Cependant Schultze doute que les désordres de la substance nerveuse aient été produits par l'issue des gaz hors des vaisseaux parce que si ce fait s'était produit il aurait eu lieu évidemment aussi dans les vaisseaux pulmonaires et eut produit des phènomènes de dyspnée, lesquels n'ont pas eu lieu. Aussi Schultze considère-t-il la genèse de ces phénomènes comme non encore expliquée.

Malgré ces deux observations on ne doit pas abandonner encore l'hypothèse d'hémorrhagie du labyrinthe parce que les faits qui se produisent dans les ascensions en ballon, lorsque l'ascension est brusque, montrent des hémorrhagies de la conjonctive, du nez etc., par suite de l'abaissement de la tension extérieure. Du moins dans mon cas l'hypothèse d'une lésion de l'appareil nerveux du labyrinthe par l'issue des gaz aurait quelque chose d'un peu forcé. De même on ne peut admettre une lésion fonctionnelle par affection cérébrale subite. S'il y a des signes qui peuvent y faire songer comme les troubles de coordination, la marche titubante et le vertige surtout lorsque ces symptômes sont accompagnés de vomissements; il y a d'autres phénomènes positifs qui manquent complètement; la marche de la maladie combat elle-même cette opinion et pour expliquer le trouble de l'ouie bilatéral il faudrait admettre aussi que le quatrième ventricule est intéressé.

Données de la physiologie expérimentale sur l'effet de l'augmentation ou de la diminution de la pression de l'air smr l'organisme animal et humain. — Contrairement à Panum, P. Bert dans son livre (La pression barométrique) admet que dans l'air comprimé la tension intravasculaire du sang est augmentée mécaniquement. H. Jaberson et Lazarus ont pu confirmer cette opinion par des expériences sur les animaux. Dans la plus grande partie de leurs expériences il existait une augmentation de la pression intra-aortique. Mais tandis que P. Bert constate une augmentation de 4/5 de la tension initiale, ces deux auteurs n'ont pu constater une augmentation supérieure à 1/12 ou à 1/8.

Dans un récent travail de Lazarus et Schirmanski je vois que Fränkel et Geppert confirment, après une série d'expériences, les données de P. Bert.

Lazarus et Schirmanski opéraient avec le sphygmomanomètre de Busch ; l'expérience durait une heure. Pendant les 20 premières minutes ils raréfiaient l'air; pendant la seconde période de 20 minutes ils maintenaient la pression constante et pendant les 20 dernières minutes ils laissaient rentrer l'air jusqu'à pression normale.

De leurs tableaux il résulte que la pression sanguine diminue de 28/30 mm. mercure pour une raréfaction de 1/2 atmosphère. Cet abaissement de la pression sanguine ne marche pas, il est vrai, parallèlement à la diminution de tension extérieure, mais est évidemment sous sa dépendance. Non seulement il se maintient mais il s'accuse encore davantage pendant la période de maintien constant de la raréfaction extérieure, pour diminuer ensuite progressivement lorsqu'on laisse rentrer l'air sans cependant revenir complètement à la tension initiale du sang.

Par des expériences sur 6 personnes, ils ont constaté que la raréfaction amène suivant son degré chez tous, de la dyspnée, de l'abattement et de la cyanose.

En même temps le sphygmographe de Marey a montré: augmentation de la fréquence du pouls, dicrotisme (qui pour Marey est un phénomène qui accompagne la diminution de tension du sang, opinion admise également par Landois et Rollet.

Observation II

Rupture des deux tympans, par compression de l'air à la suite d'explosion de l'éther chlorophtalique pendant la préparation de l'Éosine.

H... chismiste, 34 ans, chargé dans une fabrique de la préparation de l'éosine, était il y a trois semaines, occupé à mélanger de l'acide chlorophtalique avec de l'alcool, lorsqu'une explosion se produisit, d'après lui, par la formation d'éther chlorophtalique. A la suite de cet accident, il fut sourd quelque temps eut une kératite double, bourdonnement dans la tête et devint dur d'oreille en particulier à gauche.

Le 4e jour, écoulement couleur chocolat par l'oreille gauche. Au 8e jour l'écoulement se montre aussi à droite. La kératite fut soignée par le Dr Weiss.

État présent : Dans les deux conduits une certaine quantité de pus.

A droite : tympan perforé en avant et en bas, le reste épaissi et rouge.

A gauche : perforé en arrière et en bas, le reste épaissi et rouge.

Acuité pour la parole : à droite, 4 mètres; à gauche 1 mètre. Bruits dans l'oreille gauche. Ordonnance : Repos traitement sec. Guérison des deux perforations en 15 jours. Après 5 semaines, à la fin du traitement : Acuité à droite 1/2, à gauche 1/6. A gauche, bruits faibles et intermittents. Des deux côtés encore injection des vaisseaux du manche du marteau.

Le malade fut indemnisé par son patron. Mais si j'avais été appelé devant le tribunal, je n'aurais pas hésité à être favorable au patient, car son acuité auditive ne redeviendra jamais normale d'aucun côté, et même il est fort possible que du côté gauche où persistent des bourdonnements, il se développe plus tard une affection labyrinthique plus grave avec perte complète de l'audition.

Lésion du labyrinthe; luxation et fracture de l'étrier par violence directe.

Par le Dr K. Bürkner, de Göttingen (1).

Les lésions de l'oreille interne par causes directes sont assez peu fréquentes pour ne pas laisser passer sous silence l'observation suivante, analogue à celle que le Dr Schwartze a publié dans l'*Archiv. fur Ohrenheilkunde*, (tome XVII, p. 117).

Marie D..., âgée de soixante-trois ans, vint me consulter le 12 août dernier, pour une lésion de l'oreille gauche due à une blessure produite par une aiguille à tricoter, trente-six heures auparavant.

Éprouvant en tricottant, quelques démangeaisons dans l'oreille, elle se grattait avec une aiguille à tricoter; à ce

(1) Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 11 avril 1884.

moment, sa petite fille poussa si fortement l'instrument que celui-ci s'enfonça dans le conduit. A l'instant même, la malade jeta un cri et tomba à terre. Après avoir couché Marie D..., on aperçut un liquide d'abord légèrement rougeâtre, puis jaune clair qui s'écoulait de l'oreille blessée; ce suintement dura deux heures. Immédiatement après la blessure, la malade fut prise d'un vertige très violent et de nausées continuelles, de manière à ne pas pouvoir même s'asseoir dans son lit; et elle éprouva des douleurs horribles dans l'oreille pendant douze heures.

Quand la malade me fut amenée, elle marchait d'un pas très mal assuré, et avait besoin d'un aide des deux côtés. Elle se plaignait de nausées, de vertiges continuels, de troubles intellectuels, d'une faiblesse et d'une débilité inconnues et de la surdité de l'oreille gauche; de plus elle m'assura, bien des fois, sentir sa mort imminente. Pas de douleurs ni de bourdonnements.

La malade est abattue, elle est pâle et perdant équilibre au mouvement le plus faible, c'est à peine si elle peut se tenir sur sa chaise. Le pouls est un peu fréquent, la température normale.

Tandis que l'oreille droite apparaît normale, l'examen de l'oreille gauche nous fournit les données suivantes : La montre placée au-devant du conduit auditif n'est pas entendue, la perception crânienne est nulle, les tons de diapasons soit hauts, soit graves, ne sont entendus de toutes les régions du crâne que du côté droit. Le méat auditif est sain, mais la membrane du tympan, du reste normale, offre au niveau de sa partie postéro-supérieure une déchirure béante, mesurant environ trois millimètres de long qui se dirige en bas et en arrière, parallèlement au manche du marteau. Au niveau de la partie supérieure de la rupture, dont les lèvres sont recouvertes de sang coagulé, existe un petit point blanc. Poussant doucement une sonde dans la caisse au travers de la déchirure, je constatai que le point blanc était l'extrémité de la branche verticale de l'enclume et la tête de l'étrier. Ayant alors recourbé la sonde je pus constater avec uneparfaite netteté que la tête de l'étrier articulée avec l'enclume était fracturée de telle sorte que la continuité de la chaîne des osselets de l'ouïe était rompue. L'examen par la sonde montra de plus que l'étrier, quoique dans sa partie habituelle

était anormalement mobile, je pus sentir les excursions bien nettes de cet osselet sans produire aucune aggravation du vertige et sans que la malade éprouva des sensations de son ; elle ne sentait qu'une légère douleur et un mouvement dans l'oreille.

La malade, sur mes conseils, resta quelques jours à Göttingen et je pus m'assurer à diverses reprises que mes observations étaient exactes.

Le 25 août la déchirure de la membrane du tympan était cicatrisée, mais la malade se plaignait toujours; seulement la faiblesse avait diminué de telle sorte, que la malade pouvait marcher un peu mieux, mais comme le vertige et les troubles de l'équilibre étaient très prononcé elle avait toujours besoin d'être soutenue.

Le 6 octobre, la malade pouvait marcher sans le secours d'aucun aide, bien qu'ayant le vertige et des troubles d'équilibres continuels. L'oreille était sourde, l'état objectif le même, excepté une cicatrice au niveau de la partie postéro-supérieure de la membrane du tympan, dans le point où la perforation avait existé.

Le 15 octobre, le vertige et les troubles d'éliquibration n'ont pas encore cessé ; la malade reste sourde.

RÉFLEXIONS

Comme la malade soutenait avec assurance avoir eu auparavant l'ouïe très fine, il est probable que l'aiguille à tricoter après avoir perforé la membrane du tympan a sans doute brisé l'étrier. Cependant je ne pus prouver si la mobilité anormale de cet osselet avait sa source, comme dans l'observation de Fedi (Caustatts jahresbericht 1857, tome II, p. 56), dans une fracture de la base de cet osselet ou dans une dilacération du ligament annulaire à l'ouverture de la fenêtre ovale. L'ouverture du labyrinthe me semble très probable par l'écoulement d'une grande quantité de liquide (liqueur cérébro-spinal), par le vertige extrêmement violent, par les troubles d'équilibration continuels et par la surdité complète. L'écoulement du liquide cérébro-spinal du labirynthe ouvert s'expliquerait par le rapport de la périlymphe et de l'espace arachnoïdal récemment indiqué par *Schwartze*.

C'est, sans doute, une condition heureuse que l'affection de la malade ait évolué sans complication sérieuse, surtout sans méningite. La suite fut encore plus favorable que celle de l'observation de *Schwartze* dans laquelle apparurent des symptômes d'hypérémie fébrile du cerveau.

COMPTE-RENDU

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Séance du 10 Avril 1884.

Présidence du Dr L. Bayer (de Bruxelles).

M. Hering lit un travail sur **l'emploi de l'acide chromique, pour la cautérisation dans les maladies du nez, du pharynx, et du larynx (1).**

DISCUSSION

M. Moure (de Bordeaux). — Le Dr Donaldson a déjà communiqué l'an passé à la Société de Laryngologie d'Amérique, le résultat de ses essais sur la destruction des polypes du nez avec l'acide chromique, cet auteur affirmait avoir obtenu d'excellents résultats; mais d'autres auteurs, s'il m'en souvient bien, ont fait observer que la nature du caustique (acide acétique, nitrate d'argent etc.,) importait peu. Autrefois on avait également préconisé le chlorure de zinc que j'ai moi-même essayé en particulier chez un malade atteint de polypes musqueux, mais la douleur était telle que j'ai dû renoncer à l'emploi de ce moyen qui, du reste, ne m'a pas semblé plus merveilleux qu'un autre.

Quant à l'emploi de l'acide chromique dans le larynx, je désirerai demander à M. Héring s'il n'occasionne pas des

(1) Voir *Revue*, n° 5, Mai 1884, p. 155 et n° 6, p. 177.

accès de spasme de la glotte qui pourraient devenir inquiétants, car beaucoup d'auteurs, ont, je crois, renoncé à l'emploi des solutions chromiques concentrées, précisément à cause de cet inconvénient. Enfin je suis, pour ma part, absolument opposé à l'emploi des cautérisations locales dans la tuberculose laryngée, surtout à la période ulcéreuse.

M. Hering (de Varsovie). — J'ai été étonné moi-même du peu de spasme occasionné par les attouchements faits avec l'acide chromique employé comme je l'ai dit. Je crois également que l'on ne doit pas faire usage de caustique dans la phtisie laryngée et je n'ai fait que quelques essais dans des cas absolument chroniques. — L'on devra employer non une solution d'acide chromique, mais une partie de cet acide fondu sur une tige, on évitera ainsi et le spasme et la douleur.

M. Bayer. — Ne peut-on observer d'hémorrhagie au moment de la chute de l'escharre?

M. Hering. — Je n'ai jamais eu l'occasion de voir se produire cet accident.

M. Menière lit une communication sur **la périostite aigüe de l'apophyse mastoïde** (1).

DISCUSSION

M. Noquet (de Lille). — Je n'ai pour ma part jamais observé de périostite mastoïdienne sans suppuration de l'oreille moyenne, mais dans les cas ou existait cette complication, l'incision de Wilde m'a toujours donné d'excellents résultats.

M. Gellé. — Incidemment je dirai que je ne crois pas qu'il soit indispensable d'avoir une suppuration de l'oreille moyenne pour voir se produire un abcès mastoïdien.

L'incision de Wilde est évidemment un excellent moyen, même dans les cas d'otites rhumatismales aiguës.

---

(1) Voir *Revue*, page 224.

M. Baratoux, lit un travail sur l'**Electrolyse de la Trompe d'Eustache** (1).

DISCUSSION

M. Garrigou-Désarènes. — Le 1er octobre 1882 nous avons fait paraître avec M. Mercié, mon chef de Clinique, un article, dans la *Revue Médico Chirurgicale*, où nous donnions la description d'un nouveau moyen de traitement des rétrécissements de la trompe d'Eustache par l'électrolyse.

Après avoir cité les Drs Mallez et Tripier, qui avaient traité les rétrécissements du canal de l'urètre par l'électrolyse de Ciniselli, et le Dr Gorecki qui avait modifié et perfectionné l'appareil de Tripier, pour combattre les rétrécissements du canal nasal, en lui donnant le nom de dacryocautère. Nous disions :

« A son tour, pour combattre les rétrécissements de la trompe d'Eustache, le Dr Garrigou-Desarènes introduit dans la sonde mise en place, une bougie ou bien une corde à boyau fine, et la laisse à demeure de cinq à dix minutes. Si on remplace à ce moment la bougie par une sonde métallique fine et souple, il devient possible d'établir dans la trompe d'Eustache l'électrode négative tandis qu'un disque de métal placé sur l'apophyse mastoïde ou dans le conduit auditif externe permettra de former un courant dans les mêmes conditions que Mallez et Tripier dans le canal de l'urèthre et M. Gorecki dans le canal nasal ». Nous donnions ensuite des indications sur la construction du catéhter métallique, sur son introduction nous disions : « Le docteur Garrigou emploie un fil métallique fin tordu sur lui-même, l'extrémité en anse, ne blesse pas les parois de la trompe d'Eustache. Plusieurs malades ont été traités par lui à sa clinique ».

Nous avions commencé ces applications depuis plusieurs mois quand notre article a paru.

Nous avons poursuivi avec persévérance les applications de l'électrolyse jusqu'à cette époque-ci (Mars 1884). Ce qui nous a permis de faire une communication à l'Académie de Médecine le 15 Mars. Je puis dire qu'aucune publication, aucune indication, sauf les heureux résultats obtenus par

Voir *Revue*, no 6, p. 185

M. Gorecki dans les rétrécissements du canal nasal, n'avaient pu nous guider quand nous avons entrepris nos travaux et publié l'article mentionné ci-dessus en 1882, article qui à son apparition n'a soulevé aucune réclamation de priorité.

Nous tenons à employer un courant avec tension très faible et à diminuer le plus possible la résistance.

C'est pourquoi avec une résistance de 500 ohms, ce qui est à peu près ce que nous obtenons en plaçant un des électrodes (pôle positif) dans le conduit auditif et une petite tige ou sonde en argent dans la trompe d'Eustache (pôle négatif), deux à trois éléments au bisulfate de mercure suffisent parfaitement. La résistanec maxima du corps humain, un pôle étant placé à la nuque et l'autre aux pieds, est, d'après Bardet, 2,500 ohms. Vous voyez qu'en évaluant à 500 ohms la résistance avec une si faible distance (Trompe d'Eustache et conduit auditif externe) entre les deux pôles, nous sommes dans le vrai.

Nous avons ainsi un courant qui produit facilement en quelques minutes l'électrolyse nécessaire, en évitant aux malades la douleur, les phosphènes et même des menaces de syncopes, si, par une cause quelconque, le passage du courant électrique vient à être brusquement interrompu. Nous avons fait d'abord des expériences sur le tissu musculaire et sur des aponévroses assez minces. Dans les muscles on peut voir facilement le gaz hydrogène s'échapper en petites bulles et le point touché blanchir le long du petit cautère électro-chimique fixé au pôle négatif avec la force électrique que nous employions : L'extrémité en anse du
promené sur une aponévrose laisse voir la cautérisation.

M. Baratoux. — Je ne crois pas qu'avec deux éléments au bisulfate de mercure de Chardin, employés dans les conditions indiquées par M. le Dr Garrigou, on puisse avoir une intensité de cinq milliampères, même avec une résistance aussi faible que possible; je n'ai pour ma part jamais même pu obtenir un effet galvanocaustique avec une aussi petite intensité, en me plaçant dans les meilleures conditions, je dis plus, un malade ne peut supporter un courant de trois à quatre milliampères, lorsqu'un pôle est placé dans le conduit, car alors il éprouve une telle douleur, qu'il est impossible de continuer l'opération, je dois répéter que mes expériences ont été faites en grande

partie avec le concours de M. Gaiffe, qui a eu soin de se servir du galvanomètre d'intensité type qui lui sert à graduer ses appareils; nous avons aussi tenu compte des divers agents qui pouvaient modifier la déviation de l'aiguille, c'est-à-dire que nous avons écarté les objets métalliques qui auraient pu influencer l'aiguille aimantée. Je n'ai pas la prétention de vouloir m'attribuer l'honneur d'avoir employé le premier la galvanocaustique chimique par le traitement des maladies de l'oreille, attendu que j'ai eu soin d'en rappeler l'historique. Je dois même ajouter qu'un traité complet d'électrolyse a été publié par Ciniselli en 1880, dans lequel il a traité à nouveau cette question de la galvanocaustique chimique de la trompe.

M. Moure (de Bordeaux) fait une communication sur **un cas d'épithélioma primitif du larynx opéré par la thyrotomie et récidivé huit jours après** (1).

M. Noquet (de Lille). — **Corps étrangers de l'oreille** (2).

DISCUSSION

M. Gellé. — J'ai eu récemment à faire à un malade très timoré ne voulant même pas se laisser examiner et qui m'affirmait avoir un corps étranger dans le conduit. J'instillais simplement quelques gouttes d'huile dans l'oreille, et prenant la poire à air, je fis une insufflation dans le conduit et parvins ainsi à déloger le corps étranger qui était un bout de crayon.

M. Bayer (de Bruxelles). — Je me rapelle avoir eu un malade dans l'oreille duquel s'était introduite une mouche que les injections ne purent réussir à chasser; je dus employer les pinces.

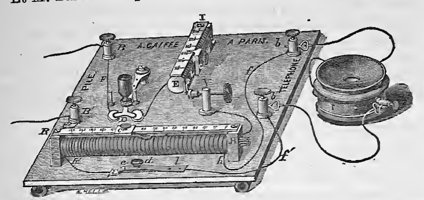
M. Moure (de Bordeaux). — Dans les cas d'insectes vivants introduits dans le conduit, on a recommandé avec juste raison, de tuer d'abord l'insecte à l'aide d'un peu de ouate imbibée de chloroforme ou d'éther, que l'on place à l'entrée du meat pendant quelques instants, et de l'extraire

(1) Voir *Revue*, page 209.
(2) Voir *Revue*, page 220.

ensuite au moyen d'une injection comme un simple corps étranger.

M. Hering présente en terminant qulques instruments pour l'examen des fosses nasales et le traitement des cavités du nez et du pharynx ;

Et M. Baratoux présente **un nouvel audiomètre.**



B. B. Bornes d'arrivée du courant d'un générateur électrique constant. — *I*, interrnpteur automatique à lame vibrante. — *E*, électro-aimant de l'interrupteur, à hélice résistante. — *L*, lame vibrante. — *V*, Vis de règlage de l'interrupteur. — *C*, curseur glissant sur la lame vibrante pour produire des sons graves ou aigns. — *H*, bobine d'induction, dont le fil inducteur peu résistant et un, est roulé sur le fil induit. — *F*, fil faisant communiquer la bobine d'induction avec la borne. *B*, *R*, règle métallique. — *C*, curseur à ressort glissant sur la règle et frottant sur l'hélice indutrice afin de mettre une ou plusieurs spires de cette dernière dans le circuit du générateur. — *F*, *F*, *I*, extrémités du fil enduit de la bobine qui amènent le courant induit aux bornes *B*, *B*, — *E*, *D*, *L*, disjoncteur permettant d'ouvrir ou de fermer à volonté le circuit du génerateur électrique.

Cet appareil se compose d'un interrupteur automatique, *I*, mû par un générateur électriqueconstant et d'une bobine d'induction, H, reliée à un téléphone, *T*. L'interrupteur automatique peut donner des sons aigus ou graves à volonté suivant que l'on déplace la glissière, *C*, sur la lame vibrante, *L*. Un autre curseur, C, glissant sur la règle *R*. permet au courant arrivant en *R*, de traverser une ou plusieurs spires de l'hélice inductrice de la bobine *H*, et de faire varier ainsi le courant d'induction qu'elle produit et par suite le son recueilli dans le téléphone *T*.

Séance du 11 Avril 1884.

Présidence du Dr Moura-Bourouillou.

M. Moura (de Paris) fait une communication sur le *glouglourisme* et démontre à l'aide de son appareil d'éclairage l'erreur dans laquelle on est que le gargarisme peut agir sur le pharynx et le larynx. Il fait constater en outre à tous les membres présents, que le malade qui se gargarise se rince simplement la bouche, et que pour faire pénétrer le liquide médicamenteux dans l'arrière-bouche et jusque dans le larynx, il faut faire « *glouglou* » (*glouglouter*, *glougouriser*), c'est-à-dire transformer le gargarisme en *glouglourisme*, nom que M. Moura propose d'adopter désormais.

DISCUSSION

M. Héring (de Varsovie). — Je considère la communication de M. Moura comme très intéressante, parce que la plus part des auteurs soutiennent, à tort, selon moi, que les liquides employés en gargarisme ne peuvent pas arriver à baigner même le pharynx, et je suis heureux que M. Moura nous ait montré le liquide venant se mettre au contact de ses cordes vocales par le procédé qu'il vient de nous indiquer.

M. Bayer (de Bruxelles). — Je dois avouer que pour ma part je doutais de la possibilité de faire pénétrer le liquide jusque dans le larynx; mais l'expérience de M. Moura m'a pleinement convaincu et je me rallie à sa manière de voir et de procéder.

M. Bayer (de Bruxelles) lit une communication **sur un cas de paralysie du voile du palais consécutive à la diphtérie; diplégie faciale; déformation de la bouche en museau** (1).

DISCUSSION

M. Baratoux. — Les muscles du voile du palais peuvent être paralysés le fait est déjà connu; mais on peut observer aussi une paralysie des muscles de la trompe et une surdité consécutive que l'électrisation peut faire disparaître.

(1) Voir *Revue*, page 216.

J'ai eu l'occasion de l'observer chez une petite fille de 6 ans qui fut guérie en quatre séances. Je dirai même que dans bien des cas la pharyngite sèche est un symptôme de la paralysie musculaire comme le croit aussi M. Moura.

M. Hering. — Je demanderai à M. Moura s'il croit que la pharyngite sèche soit un effet de la paralysie des muscles palatins? Quant à moi, je crois que l'on n'observe pas de pharyngite sèche sans atrophie de la muqueuse et par conséquent une atrophie musculaire consécutive.

M. Moura Bourouillou. — L'état sec du pharynx s'observe également dans la période d'acuité du coryza; mais on appelle encore ainsi l'accumulation de mucosités desséchées, occupant l'arrière-gorge. Cet état sec, comme la toux laryngée sèche, est un symptôme et non une maladie.

M. Hering. — La plupart des symptômes de la pharyngite sèche sont occasionnés par l'obstruction des fosses nasales, de telle sorte que la respiration se faisant par la bouche, dessèche les secrétions et produisent cette accumulation dont parle M. Moura.

M. Moure. — Je ne crois pas que dans *la vraie pharyngite sèche*, les mucosités desséchées soient produites de la manière qui vient d'être dite. Tous les malades atteints de pharyngite sèche sont, je crois, atteints en même temps d'un coryza atrophique arrivé à une période très avancée, les cornets inférieurs ont souvent disparu, les moyens sont notablement atrophiés au point que par l'orifice antérieur des narines, on peut facilement apercevoir le pharynx et les mouvements de l'orifice des trompes pendant la déglutition.

La secrétion du nez et du pharynx, qui est toujours pris secondairement, me paraît tenir, non-seulement au passage de l'air, mais surtout à une lésion des glandes de la muqueuse du nez d'abord et du pharynx plus tard.

M. Hering. — Il s'agit alors de l'ozène chronique, de la blennorrhée nasale, mais non de cette pharyngite que l'on observe dans les états aigus ou il y a un simple état sec de la muqueuse.

M. Baratoux. — En résumé, on peut reconnaître trois

formes de sècheresse du pharynx : 1° la sècheresse que l'on observe dans les états aigus; 2° dans les cas chroniques et, enfin, 3° la sècheresse, qui est la conséquence de la paralysie musculaire du palais.

M. le Secrétaire lit ensuite, au nom de M. le Dr Bürckner de Göttingen, une observation sur **une lésion du labyrinthe; luxation et fracture de l'étrier par violence directe** (1).

Et au nom de M. le Dr Moos, d'Heidelberg, un fait d'**affection labyrinthique double survenue 15 minutes après un séjour de 30 heures dans une cloche à plongeur.** (2)

La discussion de ces deux travaux est renvoyée à la prochaine séance.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

Voix, chant, discours : Guide pratique du chanteur et de l'orateur. (*Voice, song, and speech : a pratical guide for singers and speakers*). par le Dr Lennox Browne, chirurgien à l'hôpital central des maladies de la gorge et de l'oreille et E. Behnke. (Londres 1883).

Voix, chant, discours, tel est le titre de l'ouvrage que vient de publier récemment le collaborateur bien connu de la *Revue de laryngologie*, M. le Dr Lennox Browne avec la collaboration de M. Emile Behnke professeur dans les cercles musicaux de la Grande-Bretagne. Dans cet ouvrage qui marque une époque importante dans l'étude de la voix, et qui, toujours sera consulté avec fruit, aussi bien par les médecins qui s'occupent spécialement des maladies du larynx, que par les hommes que leur profession oblige à un soin particulier de cet organe; dans cet ouvrage, dis-je, les auteurs ont réuni le fruit de leur expérience et de leurs travaux.

Un premier chapitre est consacré à l'étude du son, de ses lois, de la manière dont il se produit dans les différents ins-

(1) Voir *Revue*, page 231.
(2) Voir *Revue*, page 225.

truments qui servent d'ordinaire à accompagner la voix. Après quelques lignes consacrées à l'étude des différences qui existent entre la voix de l'orateur et du chanteur, l'auteur passe à l'étude de l'anatomie et de la physiologie des organes de la voix et étudie successivement le thorax, la plèvre, le poumon, la trachée, le larynx. Les différences entre le larynx de l'enfant, de la femme et de l'homme, les différences qui existent entre. le soprano, le contralto, le ténor et la basse. Suit une étude fort complète sur l'hygiène de l'appareil producteur de la voix et des maladies qui peuvent l'affaiblir ou la détruire. L'auteur passe ensuite à l'étude de la laryngoscopie, de ses progrès, des services qu'elle rend. La dernière partie de l'ouvrage enfin, est consacrée à la culture de la voix et au genre de vie que doivent mener tous ceux que leur profession oblige à un soin particulier de cet organe. C'est la partie véritablement utile aux orateurs et aux artistes.

Ils y trouveront les conseils les plus pratiques sur le genre de vie qu'ils doivent adopter, les aliments et les boissons dont ils doivent user, les plaisirs qu'ils doivent se permettre, ceux dont ils doivent s'abstenir. En un mot, un traité complet de l'hygiène du chanteur et de l'orateur.

Tels sont les principaux sujets étudiés dans cet ouvrage que nous aurions voulu pouvoir analyser d'une façon plus complète et dont nous ne pouvons donner qu'une sommaire idée. Très complet au point de vue scientifique, il ne l'est pas moins au point de vue matériel. Les planches nombreuses et parfaitement faites, font voir très clairement les objets, et aident beaucoup à comprendre les démonstrations de l'auteur. Nous ferons toutefois une réserve pour les photographies du larynx qui ne présentent pas les objets avec toute la netteté désirable. Mais les difficultés que doit présenter l'exécution d'une photographie laryngoscopique, sont une excuse bien suffisante, et nous ne devons voir que les progrès d'un essai encore assez récent, que des perfectionnements successifs rendront peut-être plus pratique. J. Ch.

Des Phénomènes physiques de la phonation. *(Thèse d'Agrégation* Paris 1883); par le Dr Bergonié.

La définition que l'auteur donne des phénomènes physiques de la phonation, lui permet de diviser son sujet en quatre par-

ties dans lesquelles il étudie tour à tour les lois des tuyaux sonores, l'anatomie du larynx, l'application au tube vocal des lois physiques indiquées à propos des tuyaux sonores et les différences entre la voix chantée, la voix parlée et les différentes théories émises pour l'explication des sons.

Après avoir divisé les tuyaux, en tuyau à bouche et à anches, l'auteur cherche à expliquer les productions du son dans les instruments à anche rigide et à anche membraneuse. Puis il résume l'anatomie de l'instrument vocal, dont la trachée serait le porte-vent et les cordes vocales l'anche membraneuse.

Il passe ensuite à l'étude acoustique des sons vocaux, en rappelant en quelques mots l'historique des diverses théories données sur la formation de la voix chez l'homme. Les procédés employés pour étudier les mouvements vibratoires du larynx peuvent être rangées sous quatre chefs : procédé par la vivisection, observation sur le vivant par le laryngoscope, expérimentations sur le larynx des cadavres et étude au moyen de larynx artificiels. Les mouvements vibratoires sont dus aux modifications de tension, de longueur et d'épaisseur des cordes vocales inférieures.

Dans la quatrième partie, l'auteur étudie la parole à voix haute et à voix basse et les diverses méthodes employées pour démontrer les phénomènes phonétiques; puis il décrit le phonautographe de Scott et les procédés de MM. Rosapelly et Boudet, employés pour l'inscription des vibrations vocales, et passe en revue les méthodes de Mayer, de Blake, de Barlow de Gentilli, de Kœnig, de Taylor et de Guébard.

De ces travaux, il résulte que toute phrase phonétique se compose d'une association de sons et de bruits dont l'arrangement peut varier à l'infini et que par suite une classiffication des éléments qui entrent dans ces combinaisons est fort difficile.

L'auteur consacre un chapitre à la formation des voyelles et des consonnes et termine son travail par la description de la machine parlante de M. Faber.

Cette thèse est suivie d'un index bibliographique complet. Un grand nombre de figures ont été intercalées dans le texte afin de rendre plus faciles la description de certains appareils et la formation des divers sons.

J. Baratoux.

De la glossite parenchymateuse suraiguë *(Della glossite parenchimatosa acutissima,* par le D. Vitt. Grazzi.

Il s'agit d'un homme de 32 ans qui, le 19 septembre, après s'être exposé à la pluie, ressentit quelque douleur dans la bouche et un peu de difficulté pour avaler. Le lendemain matin ces symptômes avaient augmenté, mais le larynx était normal; — l'après-midi la glossite était manifestée; glace, sangsues à la région sus-hyoïdienne. La maladie fait des progrès, la langue remplit toute la cavité buccale et touche l'arcade dentaire supérieure, la respiration est difficile et ne se fait que par les fosses nasales, la déglutition et la phonation sont impossibles. La fièvre est intense, la peau couverte de sueurs profuses : Incision du parenchyme lingual qui est suivie d'amélioration, on continue le traitement local et le 29 septembre le malade peut revenir chez lui à peu près guéri. Suivent quelques considérations sur cette maladie heureusement assez rare (*Tipografia coopérativa via Monalda,* 1, Florence, 1883).

Sur un cas de tuberculose laryngée; existe-t-il une tuberculose laryngée primitive. Importance de l'examen laryngoscopique, (Clinique du prof. Masseï; considération par le Dr CiccONARDI.

Après avoir rapporté un cas de tuberculose laryngée observée chez un homme de 52 ans; et exposé les idées de quelques cliniciens sur l'existence de la phthisie laryngée primitive l'auteur arrive à conclure : 1° Qu'il existe une forme de tuberculose laryngée primitive; 2° Il n'existe aucune raison qui permette de nier ce fait à priori, avant d'avoir examiné si l'état anatomique, l'étiologie, l'examen objectif et le critérium clinique et thérapeutique permettent d'accepter cette hypothèse ; 3° L'examen laryngocospique seul permet de faire le diagnostic. 4° Ce dernier est important pour établir le pronostic et pour faire un traitement approprié. (*Arch. Ital. di laring. fasc. III,* 15 janv. 1883).

Observations de polypes faisant saillie dans le pharynx nasal. *(Case of nasal polypus projecting into the naso-pharynx with remarks). The* par le Dr Cresswell-Baber.

Dans le premier cas il s'agit d'une femme de 32 ans qui fut opérée de polype de l'oreille des deux côtés, et chez laquelle

on fit l'extraction par la narine droite d'un petit polype, qui fut enlevé avec la pince, procédé que repousse l'auteur. Du côté gauche le néoplasme faisant saillie dans le pharynx nasal fut enlevé avec une anse froide.

Le second fait est relatif à une bonne âgée de 48 ans qui fut opérée à gauche avec l'anse froide d'un polype faisant saillie dans le pharynx et à droite d'un polype et d'une petite tumeur érectile insérée sur la cloison près des fosses nasales postérieures. L'auteur dit avoir employé chez cette malade le crochet palatin de Voltolini.

Le troisième cas est relatif à un jeune homme auquel l'auteur enleva, avec l'anse froide, un énorme polype faisant hernie en arrière du voile du palais et venant des fosses nasales postérieures (*The Lancet* 27 jan. 1883).

Sur quatre cas de tumeurs pharyngo-laryngiennes (*Intorno a quatro casi di tumori laryngo-faryngi*, par le Dr CICCONARDI, (clinique du professeur MASSEI, de Naples).

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 45 ans qui se plaignait de difficulté pour avaler les aliments solides, de gène respiratoire et de douleur du côté droit du cou. Ces symptômes avaient augmenté peu à peu. La voix était nasonnée ; à l'examen direct l'on n'apercevait rien, mais avec le miroir on voyait dans la portion laryngienne du pharynx une tumeur lisse, unie, d'un rose pâle, parcourue par un fin réseau vasculaire. Le toucher permettait de supposer qu'elle était fluctuante.

Le second fait, concerne une jeune fille de 30 ans environ, qui depuis 5 ans ressentait une gêne pour respirer, et chez laquelle l'examen rhinoscopique permit de reconnaître l'existence d'une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, occupant la fosse nasale droite. Cette tumeur, d'un rose pâle, était dure mais élastique.

Dans le troisième fait, l'auteur eut affaire à un néoplasme énorme développée sur l'amygdale gauche, chez une femme d'une soixantaine d'années.

La quatrième observation concerne un homme de 46 ans qui était atteint d'une tumeur occupant la corde vocale gauche et le ligament ary-épiglottique correspondant; la muqueuse était d'un rouge chair, comme vineuse, ulcérée même

et fongueuse; il n'existait pas d'engorgement ganglionnaire, le malade n'était pas syphilitique.

Viennent ensuite quelques considérations sur les tumeurs qui précèdent (*Bollet. delle malat. dell orech. della gola, etc.* Anno I, nos 4 et 5. Florence 1883).

Polype naso-pharyngien, par le professeur Verneuil.

M. Verneuil vient de présenter à la Société de Chirurgie de Paris, un jeune homme de 19 ans, atteint d'un polype naso-pharyngien récidivé et de forme exceptionnelle. Opéré en 1878, après résection du maxillaire supérieur, il faillit succomber aux suites d'une hémorrhagie; un an après la tumeur récidivait, ainsi que les hémorhagies, pas de douleurs, pas de troubles oculaires. La tumeur est réductible, présente des battements isochrones au pouls. « L'auscultation révèle l'existence d'un bruit de souffle, pas de ganglions. M. Verneuil croit la tumeur nourrie par les vertébrales.

M. Desprès pense qu'il s'agit plutôt d'une tumeur à myéloplaxes. MM. Trélat et Tillaux inclinent en faveur d'un polype naso-pharyngien et conseillent la ligature préalable de la carotide primitive. (*Soc. de Chirurgie*, Séance du 12 mars, 1884.)

Une malformation du pharynx nasal qui n'a pas encore été décrite. *(On a hitherto undescribed malformation of the Naso-pharynx.* — par le Dr John Mackensie, de Baltimore.

L'auteur dit aussi avoir rencontré chez une demoiselle de 14 ans, très-bien constituée, d'ailleurs, mais atteinte de polypes des fosses nasales, une malformation de la cloison. Cette dernière en effet se prolongeait au-delà de la partie postérieure du vomer jusqu'à la parois du pharynx et divisait en deux parties très nettes toutes les arrières fosses nasales, l'insertion pharygienne de cette cloison osseuse était un peu plus élevée que son insertion palatine. (*Arch. of laryng.* no 3, juillet 1883).

Catarrhe naso-pharyngien et auriculaire *(Naso-pharyngeal and aural catarrh)*, par le Dr Logan, de Knoxville.

Par catarrhe de l'oreille, l'auteur entend l'extension de l'inflammation à la trompe d'Eustache, l'oreille moyenne et

les cellules mastoïdiennes, affection qui serait toujours, d'après l'auteur, la conséquence d'un catarrhe naso-pharyngien préexistant. S'il existe des douleurs violentes, à l'exemple du Dr Rumbold, il conseille de faire, dans l'oreille, des injections d'eau tiède, d'appliquer des sangsues en avant et en arrière du méat auditif et d'instiller au besoin dans le conduit, quelques gouttes d'une solution d'atropine.

Le catarrhe naso-pharyngien étant la maladie première, c'est contre elle qu'il faut tout d'abord diriger un traitement actif. S'il existe des polypes ou une hypertrophie de la muqueuse, on devra traiter ces complications par les moyens habituels *(St-Louis med. et surg, Journ.* novembre 1883, page 405).

Gomme du pavillon de l'oreille, par le Dr HESSLER, in Halle.

L'auteur a observé chez un jeune homme de 24 ans une ulcération du pavillon droit rebelle à tout traitement local et qui ne tarda pas à déterminer la nécrose d'une partie du cartilage que l'on dut enlever.

Une guérison temporaire s'en suivit, mais bientôt l'ulcération reparut. Peu après une petite tumeur gommeuse se développa sur le tibia. L'auteur poursuivit le traitement ioduré et la guérison ne tarda pas à être complète. *(Arch. f. Ohr. XX. Bd*, page 242).

J. BARATOUX.

Un pou dans l'oreille *(A Louse in the Ear)*, par le Dr WILLIAM.

Le Dr William rapporte le cas d'une jeune fille qui vint le consulter pour une démangeaison qu'elle avait eu dans l'oreille pendant la nuit, à l'examen, l'auteur constata la présence d'un pou dans le conduit. Ce fait est le second observé par le lui. Dans les deux cas, des injections d'eau tiède suffirent pour déloger le corps étranger.

Le Dr Pollaski raconte l'observation d'un jeune homme qui vint le consulter pour une douleur qu'il éprouvait dans tout le pariétal droit et chez lequel l'examen de l'oreille ne révèla rien de particulier.

Le lendemain matin sa sœur lui dit que dans la nuit il s'était plaint de nouveau et était mort quelques minutes après. A l'autopsie on trouva un morceau de la lame d'un

couteau ayant pénétré d'environ deux pouces dans le cerveau ou s'était développé un abcès. Le malade n'avait accusé aucun traumatisme, ni aucun coup reçu antérieurement, et l'on ne voyait à l'extérieur aucune trace de blessure *(St-Louis méd. soc., séance du 21 sept. 1883 et St-Louis méd. et surg. journ.*, Novembre 1883).

Polype muqueux de l'oreille gauche provoquant des douleurs très-vives dans l'oreille et à son pourtour. — Ablation à l'anse froide. — Cautérisation du pédicule au galvano-cautère. — Guérison. — Par M. le docteur NOQUET.

Le Dr Noquet, dans la séance du 27 juillet 1883 communique à la Société centrale de médecine du Nord, l'observation d'un cas de polype muqueux de l'oreille gauche. Il s'agit d'un homme de 43 ans, souffrant depuis trois mois de douleurs intolérables de l'oreille gauche, qui le rendaient incapable de tout travail. L'acuité auditive était nulle à gauche, le diapason s'entendait mieux de ce côté, la perception crânienne était bonne. Il se faisait par l'oreille un léger écoulemeut de pus parfois strié de sang, l'examen révéla l'existence d'un polype muqueux obstruant le conduit et situé à 12 millimètres du méat.

Le polype fut enlevé au serre-nœud de Zaufal. L'ablation se fit en trois fois et les trois morceaux réunis présentaient environ 12 millimètres de longueur. Le polype s'insérait sur la paroi interne de la caisse au niveau du promontoire. La membrane du tympan avait complètement disparu. Le traitement consécutif à l'ablation du polype consiste en des instillation d'alcool trois par jour, et deux cautérisations du pédicule au galvano-cautère à huit jours d'intervalle. En trois semaines la guérison était complète. Le malade a été revu plus tard et le polype n'avait aucune tendance à récidiver. Toutefois l'acuité auditive ne s'était pas améliorée. (*Bulletin médical du Nord, septembre 1883*).

J. C.

De la surdité complète unilatérale, ou bilatérale, consécutive aux oreillons. par les Dr G. LEMOINE et LANNOIS, médecins aides-majors.

Les oreillons, d'après Toynbee, seraient très souvent la cause d'une surdité complète, ordinairement unilatérale.

Toutefois, la littérature médicale, ne contient qu'un nombre restreint de cas de surdité complète consécutifs à des oreillons.

Il est bien entendu, qu'il ne s'agit pas ici de cette surdité banale, pouvant survenir par propagation d'une phlegmasie à l'oreille moyenne ou à l'oreille interne. Les parotidites suppurées, les phlegmons de cette région, peuvent tout aussi bien que les oreillons déterminer la perte de l'ouïe.

Il s'agit d'une surdité complète indépendante de toute manifestation inflammatoire, et que Toynbee explique par une hémorrhagie labyrinthique, en se basant sur l'autopsie d'un malade, mort d'oreillons, chez lequel il avait trouvé un épanchement sanguin dans le labyrinthe. — Cette variété de surdité est passée sous silence par la plupart des otologistes et l'opinion de Toynbec était on peut dire, à peu près oubliée, lorsque M. A. Buck de New-Yorck, fit sur cette complication assez rare, une importante communication au Congrès de la Société Otologique Américaine à Newport, en 1881. Le mémoire de Buck, mentionne deux faits de surdité complète, unilatérale, consécutive à des oreillons et qui furent rebelles à tout traitement.

A la suite de cette communication, Moos, Brunner, Knapp, Seitz, Moure ont publié des observations analogues, et les auteurs en ont eux-mêmes observé un cas dans le service de M. le professeur Paulet. Le nombre des cas est encore trop restreint pour que l'on puisse tirer des conclusions bien nettes de leur étude comparative.

Sur onze cas rassemblés et publiés par MM. Lemoine et Lannois cinq fois la surdité était unilatérale, bilatérale six fois. Le sexe et l'âge ne paraissent pas influer sur le développement de la surdité dont la marche est rapide et complète en trois ou quatre jours. La douleur, les vertiges, les vomissements peuvent manquer, les bruits subjectifs existent toujours. Enfin la maladie paraît rebelle à tout traitement.— Le siége de la lésion, tous les auteurs l'admettent est dans le labyrinthe. Quant à la pathogénie de l'affection, elle est difficile à établir. Roosa, Knapp, Moure admettent une inflammation métastatique du labyrinthe. Buck semble admettre l'opinion de Vogel; propagation de l'inflammation par le nerf facial depuis la parotide jusqu'à l'organe de Corti. Pour Moos ce serait une anto-infection secondaire, pour lui dans certains

cas d'oreillons, il pénètre dans la circulation des substances nuisibles qui stagnent dans les organes à circulation compliquée. Cette dernière explication ne paraît pas admissible à MM. Lemoine et Lannois. Pour eux les oreillons constituent une maladie générale caractérisée par des altérations du sang et ayant la plus grande analogie avec les fièvres éruptives. Maladie générale, les oreillons ont, non pas des complications, mais des manifestations locales *habituelles*, gonflement des glandes salivaires; *fréquentes*, c'est l'orchite; *rares*, prostatite, mammite, néphrite, etc. C'est dans cette troisième catégorie qu'ils rangent la surdité. (*Revue de médecine, t. III, Septembre 1883*). J. Ch.

Perte de l'ouïe chez un malade atteint d'oreillons *(Verlust des Hörvermögens im Verloufe von Mumps)*, par Burkner.

Le 12 décembre 1882, au cours d'une épidémie fort répandue d'oreillons, un élève âgé de dix-sept ans fut atteint par la maladie. Le gonflement des deux côtés de la face ne lui causait, toutefois, qu'une légère incommodité. Le 14 décembre il ressentit des bourdonnements dans l'oreille droite et s'aperçut le 15, au matin, en se levant, qu'il était absolument sourd de cette oreille. Il n'existait aucun autre symptôme, sauf une légère diminution de la perméabilité de la trompe. A droite, la transmission aérienne est nulle, et la perception crânienne à peu près abolie. Dans la nuit du 17 au 18, le malade est pris des vomissements violents que l'on attribue à une affection du labyrinthe, c'est-à-dire à une irritation du cerveau, d'autant plus qu'ils se reproduisaient à chaque mouvement du malade. Il est en même temps pris de vertige, mais on n'observe pas une véritable indécision dans la marche. Le 27 janvier, l'ouïe est complètement abolie, et, malgré un traitement régulier, il ne se produit aucune amélioration dans son état, sauf toutefois une diminution des bourdonnements. Dans ce cas comme dans les 7 autres jusqu'à présent mentionnés dans la littérature médicale, il s'agit sans doute d'une affection aiguë du labyrinthe. Seligsohn, dans un rapport (*Berl. Klin. Wochenschrift* n° 18 et 19), parle de tous les cas de surdité mentionnés dans la science qui sont survenus après les oreillons, et discute les théories des différents observateurs. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, n° 13. et *Wiener medic. Wochenschrift* n° 51 1883.) L. L.

CONGRÉS INTERNATIONAL DE COPENHAGUE

8e SESSION DU 10 AU 16 AOUT 1884

I. — Section de Laryngologie

Comité d'organisation :

MM. VILHELM MEYER, président; Dr SCHMIEGELOW, secrétaire; Dr BERLÈME NIX, Dr E. BULL (Christiania); Profr RIBBING (Lund), membres.

A. — Communications prévues

1. a. L'importance pronostique des différentes manifestations locales de la tuberculose du larynx. Dr SOLIS COHEN, Philadelphie.
   b. Tuberculose du larynx. Dr GOUGUENHEIM, Paris.
2. Les paralysies du larynx. Dr Félix SEMON, Londres.
3. Les inhalations médicamenteuses dans les maladies des voies aériennes. Prof. F. SCHNITZLER, Vienne.
4. Le catarrhe chronique de la cavité naso-pharyngienne (Combin, otol.-laryngol.) a) Pathologie. Dr Max. BRESGEN, Frankfurt a. M.; b. Traitement. Dr GUYE, Amsterdam.
5. Traitement du goître. Dr MORELL-MACKENZIE, Londres; Prof. RIBBING, Lund.
6. L'enlèvement opératoire des corps étrangers et des pseudoplasmes des voies aériennes. Prof. VOLTOLINI, Breslau; Prof. LEFFERTS, New-York.
7. Le traitement de la diphtérite. a. Traitement médicamenteux, Dr SEIFERT, Würzburg; b. Traitement instrumental. Dr BERLÈME NIX, Rude, Danemark.
8. Traitement des polypes des fosses nasales; évulsion — galvano-cautérisation. Dr FAUVEL, Paris (Combin. otol.-laryngol.)
9. La voix de chant : a. Son éducation méthodique; Dr BOSWORTH, New-York; b. Photographie du larynx comme moyen auxiliaire. Dr LENNOX BROWNE, Londres.
10. Les affections syphilitiques du larynx, leur forme et leur fréquence. Prof. LEWIN, Berlin.

B. — Communications annoncées

1. Dr J. GARREL, Lyon. Mannequin pour les exercices laryngoscopiques.
2. Dr FRENCH, Brooklyn. Photographie du larynx.
3. Dr BAYER, Bruxelles. Accumulateur et galvanocaustie.
4. Dr MOURE, Bordeaux. De l'emploi des sulfureux dans la tuberculose laryngée.

II. — Section d'Otologie

Comité d'organisation :

MM. Vilhelm Meyer, président; Dr V. Bremer, secrétaire; Dr V. Lange, Dr Mathiassen, Dr Setterblad (Stockholm), Dr Thaulow (Christiania), membres.

A. — Communications prévues

1. Les différentes espèces de bruits subjectifs et leur traitement. Dr E. Woakes, Londres; Dr Ladreit de Lacharrière, Paris; Prof. Lucae, Berlin.
2. La dissection de l'organe de l'ouïe à l'égard spécial de ses altérations pathologiques. Prof. Voltolini, Breslau; Dr Kirk-Duncanson, Edinburgh.
3. Maladies nerveuses de l'oreille. Dr O. B. Bull, Christiania.
4. Le catarrhe chronique de la cavité naso-pharyngienne (Combin. otol.-laryngol.) a. Pathologie. Dr M. Bresgen, Frankfurt a. M. b. Traitement. Dr Guye, Amsterdam.
5. L'ouverture opérative de l'apophyse mastoïdienne. Prof. Schwartze, Halle.
6. Diagnostic des complications intra-crâniennes de l'inflammation suppurative de l'oreille moyenne. Dr Albert Robin, Paris; Dr Orne-Green, Boston.
7. L'importance des maladies de l'oreille quand à l'aptitude au service militaire. Dr Victor Bremer, Copenhague.
8. Le traitement des polypes des fosses nasales. Évulsion — Galvanocautérisation (Combin. otol.-laryngol.) Dr Fauvel, Paris.
9. L'importance de l'otologie pour l'éducation médicale générale. Prof. Wreden, St-Pétersbourg.

B. — Communications annoncées

Prof. Lucœ, Berlin. Le traitement mécanique des altérations de l'appareil de transmission des ondes sonores sans l'emploi de la douche d'air.

Dr Giampietro, Naples. 1. La ténotomie du tenseur du tympan et son importance quant au traitement de la surdité.

2. La surdi-mutité du point de vue médical.

Dr L. W. Salomonsen, Copenhague. Remarques sur l'étiologie de la surdi-mutité et sur l'enseignement des sourds-muets, principalement en Danemark.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pharynx.

B..... Amygdalite chronique et Tonsollotomie (*The med. Times and Gaz.* 8 mars 1884.)

Cardew. — Amygdalite folliculaire épidémique due à un défaut de précautions sanitaires (*Brit. méd. journ.* 29 mars 1884).

Cozzolino (V.) — Angine gangréneuse secondaire (*Rivistaclin. e terapeut.* n° 5. Mai 1884).

Farmer. — Extirpation des amygdales par le procédé de Borelli (*Brit. méd. jour.* 29 mars 1884).

Ferrer y Navarro. — Traitement de l'hypertrophie chronique des amygdales (*La Cienc. med.* 30 mars 1884, n° 2).

Formica-Corsi. — Traitement de l'Amygdalite chronique (*Revista de Ciencas med.* 25 février 1884. Barcelone).

Ory. — Note sur le traitement de l'angine diphtéritique par les applications locales et réitérées d'une solution concentrée d'acide salicylique (*France méd.* 26 avril 1884).

Thornley Stoker. — Extirpation d'une tumeur naso-pharyngienne (*Acad. of med. in Ireland.* 7 décembre 1883 et *Dubl. journ. of Med. Sc.* février 1884).

Nez.

Higgen. — Elargissement des sinus frontaux (*Archiv. f. Augenheilk.* XI, 3. 1882, et *Wien. medic. Wochensch.* N° 15, 1883).

Knapp. — Un cas d'exostose éburnée des cellules mastoïdiennes. Extirpation de l'orbite, mort, autopsie; Remarques (*Arch. of Otol.* n° 1. Avril 1884).

Magnin. — De la rhinoplastie par la méthode française (*Thèse, Nancy* 1883).

Prislley Smish. — Hydrorrhée nasale accompagnée d'atrophie du nerf optique et de symptômes cérébraux (*Birmingham. Centralbl. f. pract. Augenheil.* Janvier 1883).

Roth. — Traitement de l'ozène (*Centrabl. f. die Gem. Térap et Bullet. de thérapeut. p. 369.* 30 Avril 1884).

Sommer. — Cas d'atrésie congénitale complète de l'orifice postérieur de la narine gauche (*Regiments arzt. Verein deutscher Aerzte in Prag. et Wien. medic. Wochenschr.* N° 15. 1883).

Spencer Watson. — Sur quelques perfectionnements de la rhinoscopie, du traitement des polypes du nez (*The Lancet*, 23 février 1884).

Larynx.

Allen. — De l'identité de la diphtérie laryngienne et du croup membraneux (*The Hahnnem. Monhley.* n° 3 1884).

Ciekawy et Talko-Hryncewicz. — Sur un cas de séjour prolongé d'un corps-étranger dans les voies aériennes (*Medycyna. et Vratch* n° 4. 1883 et *London med. Rec.* 15 mai 1884).

Deconciliis. — Sur un cas de tuberculose pharyngienne (avec planche) (*Archiv. Ital. di laringol. fasc. 4.* 15 Avril 1884).

Grégoire. — Contribution à l'étude de la trachéotomie chez les Tuberculeux (*Thèse. Paris.* Mai 1884).

Juan Bta Parcet y. J. Camps. — Une sangsue sur l'épiglotte pendant 24 heures (*Rivist. de Cienc. med.* Barcelone, 10 mai 1884 n° 9).

Kuzz (Edgard). — Corps étrangers de l'œsophage; Extraction; Paralysie des deux cordes vocales (*Lo Sperimentale — fasc.* 5. Mars 1884).

Little john. — Lésions de la gorge dans un cas de suicide (*Med. Chir. Soc. of Edimburgh* 2 avril 1884 *et Edimb. med. journ.* Juin 1884).

Masini. — Sur la guérison de quelques maladies pharyngo-laryngiennes (*Archiv. Ital. di laringol. fasc. 4.* 15 Avril 1884).

Masucci. — A propos d'un cas de trachéotomie pour une tuberculose laryngée (*Archiv. Ital. de laring. fasc. 4.* 15 Avril 1884).

Masucci. — Paralysie toxique des nerfs laryngés (*Rirista Clin. e thérapeut.* Avril 1884).

Masseï. — Considérations pratiques sur quelques faits curieux de néoplasmes laryngiens (*Bollet. delle malat. del l'Orech. della Gola e del Naso* nº 2. Mars 1884).

Masseï et G. Melle. — Contribution à l'étude du Rhinosclérome (*Arch. Ital. de laring. fasc. 4.* 15 Avril 1884).

Pucci. — Un cas de paralysie de la corde vocale gauche par compression du récurrent (*Arch. Ital. de laring. fasc. 4.* 15 Avril 1884).

Ramon de la Sota. — Quelques considérations sur le diagnostic différentiel de quelques formes de cancer, de tuberculose et de syphilis du larynx (*Rivista méd. de Sevilla*, 29 février 1884).

Trachée.

Northrap. Tuberculose générale, ouverture de ganglions enflammés dans la trachée. Obstruction de la bronche droite ; Asphyxie (*New-York Path. Soc.* 23 avril *et The med. Rec.* N. Y. 31 mai 1884).

Wilson M. B. Oxon. — Un cas d'hémorrhagie trachéale simulant une hémoptysie d'origine pulmonaire (*Brit. med. journ.* 24 mai 1884).

Oreilles.

Bobone. — Quelques observations relatives à la guérison des complications mastoïdiennes (*Bollet. delle malat. dell'orech., della gola etc.* nº 3, 1er mai 1884).

Brandeis (Richard). — De la Glycérine Boratée (Boroglycerine) dans le traitement des otorrhées (*Arch. of Otol. N. Y.* nº 1. Avril 1884).

M. Bride. — Guide pour l'étude des maladies de l'oreille (A. K. Johnston. *édit. à* Edimbourg).

Cornelius (William). — Un cas de périostite purulente de l'apophyse mastoïde (*Arch. of Otol. N. Y.* nº 1. Avril 1884).

Dalby. — Instruments pour mesurer et enregistrer exactement les modifications de l'ouïe (*The Lancet*, 8 mars 1884).

Gorham Bacon. — Un cas de suppuration de l'oreille moyenne, paralysie faciale, nausées, vomissements, vertiges, perte de l'équilibre et surdité (*Arch. of Otol.* nº 1. Avril 1884).

Hedinger. — Contribution à l'étude de la Pathologie et de l'Anatomie pathologique de l'oreille (*Arch. of Otol.* nº 1. Avril 1884).

Kipp. — Notes cliniques sur un cas de maladie de l'appareil nerveux de l'oreille (*Arch. of Otol.* Avril 1884. nº 1).

Mercié. — Traitement des rétrécissements de la trompe d'Eustache par l'électrolyse (*Acad. de med.* Paris. Séance du 11 mars 1884).

Paladino. — Contribution à l'étude du diagnostic du siège des maladies de l'oreille interne (*Rivista clinica et térapeut.* Mars 1884, nº 3).

Prince. — Du péroxyde d'hydrogène dans les cas de conjonctivite purulente et les abcès mastoïdiens, avec deux observations (*St-Louis Med. et Surg. journ.* nº 3. Mars 1884).

Roosa. — Tableau indiquant le résultat de l'examen du pouvoir auditif et de l'état du tympan de 147 sourds-muets avec indication des causes ayant occasionné la perte de l'ouïe (*Arch. of Otol.* nº 1. Avril 1884).

Steinbrügge. — De la position de la membrane de Reissner dans le limaçon humain (*Arch. of Otol. N. Y.* nº 1. Avril 1884).

Stuphen. — Deux cas de carie de l'os temporal suivis de mort; Ouverture au niveau de la partie supérieure de la caisse. Autopsie (*Arch. of Otol.* nº 1. Avril 1884).

L. Suné y Molist. — Labyrinthite aiguë avec lésion du nerf facial (*Rivista de Ciencas med.* nºs 6 et 8 — 1884).

Tétard. — Hematome du pavillon de l'oreille (*Thèse Paris.* Mai 1884).

Varia.

Barnes. — Langue noire (*Brit. med. journ.* 24 mai 1884).

Baryton Bull. — Quelques remarques sur les phénomènes acoustiques produits par le flux des liquides dans les tubes ; Du siège et du mécanisme des bruits fonctionnels du cœur (*The. med. Rec.* 12 août 1884).

Buttlin. — Œsophagotomie pour extraire un corps étranger du gosier (*Clin. Soc. of London.* 14 mars et *Brit. med. journ.* 22 mars 1884).

Chauncy Puzey. — Calcul salivaire volumineux ; Excision de la glande sous-maxillaire (*The Lancet,* 8 mars 1884).

Colcott Fax. — De l'éruption circinnée de la langue (État lichenoïde, syphilis desquamative). (*The Lancet,* 10 mai 1884).

Edmund. — Cancer de l'œsophage ; gastrotomie (*Brit. med. journ.* 22 mars 1884. p. 558).

Falligaut. — Croup et diphtérie. Traitement (*The Hahneman-monthly* n° 3 1884).

Faure. — De l'épithélioma du plancher de la bouche (*Thèse, Paris.* Juin 1884).

Flemming. — Un cas de vaste kyste sébacé situé sous la langue (*Brit. med. journ.* 22 mars 1884. p. 558).

Hunter Mackensie. — Valeur diagnostique et pronostique du baccille de la tuberculose (*Edimb. med. journ.* Février 1884).

Inzanni. — De la trachéotomie, histoire clinique (*Giorn. de clin. e térap. fasc.* 3 mars 1884, p. 126).

Josias. — Rétrécissement du tiers inférieur de l'œsophage par un carcinome (*Progr. med.* 8 mars 1884).

Kendal Franks. — Excision de la langue pour un épithélioma (*Acad. of med. in Ireland.* 7 Mai 1884, et *The Dublin journ. of med. Sc.* Juin 1884).

La Garde (Louis). — Un cas d'œsophagotomie avec remarques (*The Americ. journ. of méd. Sc.* Avril 1884. p. 406).

Lawrie (Ed.). — Un cas d'œsophagotamie (*The Lancet* 8 mars 1884).

Nathan Mayer. — Trachéotomie dans un cas de diphtérie au-dessous de 2 ans, guérison (*The med. rec. N. Y.* 26 avril 1884).

Pellizzari. — Gomme syphilitique de la langue survenue 43 ans après l'infection (*Bollet. del. soc. tra. e cult. delle s. m. in Siena. N° 1. 1884. et Giorn. de clin. e térap.* Messine. Avril 1884. fasc. 4).

Stoker. — Langue noire (*Brit. med. journ.* 22 mars 1884).

Terrillon. — Rétrécissements cicatriciels de l'œsophage (*Progr. med.* 8 mars 1884).

Tweedy (John). — Quatre cas de paralysie de l'accomodation à la suite d'angine diphtéritique (*The Lancet* 14 Juin 1884).

Le propriétaire-gérant, Dr E. J. Moure.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 16.